



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**ASSOCIATION ENTRE EMPATHIE PERÇUE DES MEDECINS
GENERALISTES ET QUALITE DE VIE LIEE A LA SANTE DES
PATIENTS AYANT UNE MALADIE CHRONIQUE**

Présentée et soutenue publiquement le 22 Octobre 2020 à 16h00
Au Pôle Formation

Par Alissa SEBBAH

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Axel DESCAMPS

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

« Permettez-moi de vous révéler le secret qui m'a conduit à atteindre mon but. Ma force repose uniquement sur ma ténacité »

- Louis Pasteur

« Sans la curiosité de l'esprit, que serions-nous ? Telle est bien la beauté et la noblesse de la science : désir sans fin de repousser les frontières du savoir, de traquer les secrets de la matière et de la vie sans idée préconçue des conséquences éventuelles »

- Marie Curie

Remerciements

Liste des abréviations

ALD	Affection Longue Durée
BEP	Brevet d'Études Professionnelles
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CARE	Consultation And Relational Empathy
CEMG-Lille	Collège des Enseignants de Médecine Générale de Lille
CEP	Certificat d'Études Primaires
CESPHARM	Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie française
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
CNIL	Commission Nationale de L'Informatique et des Libertés
E.M.P.A.T.H.I.E.S	Empathie des Médecins et des Pharmaciens, Adhérence Thérapeutique et Indicateur d'État de Santé
ETP	Entretien Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRI	Indice de Réactivité Interpersonnelle
JSPPE	The Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy
LDL-c	Low Density Lipoprotein-cholesterol
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU	Maître de Stage des Universités
NPDC	Nord-Pas-De-Calais
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAM	Plateforme d'Aide Méthodologique
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
S-PEC	Short Profile of Emotional Competence
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TPS	Troubles psychiatriques et comportementaux
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

Table des matières

RESUME.....	1
INTRODUCTION GENERALE.....	2
I. Empathie :.....	2
A. Origines :.....	2
B. Définitions actuelles :.....	4
1. L'empathie cognitive :.....	4
2. L'empathie affective :.....	6
C. Empathie, sympathie et compassion :.....	7
1. Sympathie :.....	7
2. Compassion :.....	8
3. Mesures de l'empathie :.....	8
II. Qualité de vie liée à la santé :.....	11
A. Définitions :.....	11
B. Outils de mesures de la qualité de vie :.....	12
1. Questionnaires génériques :.....	13
2. Questionnaires spécifiques :.....	14
C. Qualités de vie liée à la santé et maladie chronique :.....	15
1. Définition maladie chronique :.....	15
2. Qualité de vie et maladie chronique :.....	16
III. Place du médecin généraliste et du pharmacien dans la prise en charge des maladies chroniques :.....	17
A. Rôle du médecin généraliste :.....	17
1. Caractéristique de la médecine générale :.....	17
2. Rôle de dépistage et de diagnostic :.....	19
3. Rôle de prévention du médecin généraliste :.....	19
4. Rôle de coordinateur entre les différents professionnels de santé :.....	20
5. Rôle de suivi de la maladie chronique :.....	20
B. Rôle du pharmacien :.....	21
1. Dispensation des médicaments :.....	21
2. Entretien pharmaceutique :.....	21
3. Dispensation, entretien pharmaceutique, mais pas seulement :.....	22
C. Éducation thérapeutique :.....	22
1. Définition :.....	22
2. Place du médecin généraliste :.....	23
3. Place du pharmacien :.....	23
D. La conciliation médicamenteuse :.....	24
INTRODUCTION.....	25

MATERIELS ET METHODES	27
I. Population :.....	27
A. Recrutement des médecins généralistes :.....	27
1. Critères d'inclusion des MG :.....	28
2. Critères de non-inclusion des MG :.....	28
B. Population cible :.....	28
1. Critères d'inclusion des patients :.....	28
2. Critères de non-inclusion des patients :.....	29
II. Recueil des données :.....	29
A. Questionnaire médecin :.....	29
B. Questionnaire patient :.....	29
C. Recrutement des populations :.....	30
III. Traitement des données :.....	30
A. Aspect Réglementaires et Éthiques :.....	30
B. Gestions des données :.....	30
C. Gestions des données manquantes :.....	30
D. Analyse des données :.....	31
RESULTATS	33
I. Données analysées :.....	33
A. Recrutement des médecins généralistes :.....	33
B. Recrutement de la population cible :.....	34
II. Statistiques descriptives :.....	34
A. Caractéristiques des médecins généralistes :.....	35
B. Caractéristiques de la population cible :.....	36
III. Analyse multivariée de la qualité de vie liée à la santé :.....	41
A. Score empathie CARE et qualité de vie liée à la santé :.....	42
B. Facteurs prédictifs du score DUKE santé générale :.....	42
1. Covariables liés aux patients :.....	42
2. Covariables liées aux traitements :.....	43
3. Covariables liées aux maladies chroniques :.....	43
DISCUSSION	44
I. Résultats principaux :.....	44
II. Validé interne de l'étude :.....	44
A. Faiblesses de la méthode :.....	44
1. Biais de sélection :.....	44
2. Biais de déclaration :.....	45
3. Biais d'observation :.....	46
4. Biais de confusion :.....	46
B. Force de la méthode :.....	46
1. Échantillonnage :.....	46

2.	Puissance de l'étude :	47
3.	Utilisation de scores validés :	47
4.	Critères de non-inclusion :	48
III.	Validité externe de l'étude :	49
A.	Représentativité de la population cible :	49
B.	Analyses des résultats :	49
1.	Résultat principal :	49
2.	Résultats secondaires :	51
V.	Conflits d'intérêts :	53
VI.	Perspective :	54
A.	Formation à l'empathie :	54
B.	Confirmer l'hypothèse principale :	55
1.	Extrapolation à la population nationale :	56
2.	Standardisation du questionnaire :	56
3.	Utilisation d'autres questionnaires :	56
	CONCLUSION.....	57
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58
	ANNEXES	67

RESUME

Contexte : Un des piliers de la relation patient-médecin est l'empathie du soignant. L'impact positif de l'empathie des soignants sur le patient a été démontré dans certaines maladies. Un haut niveau d'empathie est lié à une diminution de l'anxiété ou des complications liées au diabète. Il a été démontré que les maladies chroniques pouvaient diminuer la qualité de vie des patients. Il n'a pas encore été démontré d'association entre l'empathie des médecins généralistes et la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique. L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence un lien entre l'empathie des médecins généralistes et la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique.

Méthode : C'est une étude observationnelle transversale multicentrique. Le recrutement des médecins généralistes a été fait par tirage au sort. Chaque médecin généraliste devait inclure les patients répondant aux critères d'inclusion de manière consécutive sur une période définie. Le patient devait remplir un questionnaire anonyme évaluant l'empathie de son médecin généraliste traitant selon le score CARE et la qualité de vie selon le Profil de DUKE. L'analyse statistique a été effectuée selon un modèle de régression linéaire mixte avec ajustement sur des variables d'intérêt.

Résultats : Notre étude n'a pas mis en évidence de lien entre l'empathie des médecins généralistes et le score DUKE santé générale (pente à 0,07 (IC95% [-0.12 ; 0.26]), $p=0,49$). Concernant l'objectif secondaire, notre étude a mis en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et le score DUKE santé générale (pente à 0,17 (IC95% [0.00 ; 0.34]), $p<0,05$).

Conclusion : Même s'il n'a pas été mis en évidence de lien entre l'empathie des médecins généralistes et la qualité de vie liée à la santé des patients ayant une maladie chronique, la formation à l'empathie des médecins généralistes et des étudiants reste nécessaire pour la relation patient-médecin.

INTRODUCTION GENERALE

I. Empathie :

A. Origines :

Le concept « d'empathie » daterait du XIXème siècle, et viendrait du mot allemand *Einfühlung*. Robert Vischer l'utilise dans sa thèse sur « *Le sentiment optique de la forme, Contribution Esthétique* » pour désigner ce que l'on peut ressentir face à une œuvre d'art. L'empathie était initialement utilisée dans le domaine de l'art et de l'esthétique (1). Il faudra attendre 1907 pour que T. Lipps étende le concept de l'empathie dans le domaine de la psychologie (2). Pour T. Lipps, l'imitation motrice est la composante essentielle de *l'Einfühlung*, « *l'observateur se projette dans l'objet de sa perception, que cet objet soit animé ou inanimé* ».

C'est le britannique E. Titchener qui a traduit *Einfühlung* par empathie dans ses lectures sur « *the experimental psychology of the thought processes* » en 1909. Pour lui l'empathie correspond à une projection de soi ou un sentiment au travers d'un objet avec des implications sociales. Elle a alors un rôle dans les phénomènes sociaux et perceptifs.

Au début du XXème siècle, S. Freud, s'inspirant de T. Lipps, décrit l'empathie comme la « *métaphore du miroir* » qui reflète au patient son image et qui laisse place au concept d'imitation. Ce concept a été énoncé dans *Psychologie des masses et analyses du Moi* « *...partant de l'identification, une voie mène, par l'imitation, à l'empathie, c'est-à-dire la compréhension qui nous rend possible toute prise de position à l'égard d'une autre* ». Ainsi, pour S. Freud, l'empathie est un processus

permettant de comprendre ce que l'autre ne comprend pas de lui-même, *i.e.* se mettre à la place d'autrui, de manière consciente ou inconsciente.

Dans les années 1950, la notion d'empathie telle qu'on la connaît aujourd'hui a été introduite par C. Rogers. Il considère l'empathie comme « *la capacité de percevoir le cadre de référence interne d'une personne avec précision et avec ses composantes et significations émotionnelles de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais cependant sans jamais oublier le « comme si »* ». En 1975, il complète sa définition en disant qu'il s'agit « *d'un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet de devenir sensible à tous les mouvements des affects qui se produisent en lui* ». Pour C. Rogers, l'empathie est surtout centrée sur une dimension cognitive et une dimension affective (3).

En 1992, JM. Morse ajoute que dans la relation de soins soignants-patients, l'empathie comporte quatre composantes : affective, cognitive, comportementale et morale (4). Même si ces quatre composantes semblent toutes liées entre elles et complémentaires, on utilise encore aujourd'hui cette distinction. Des études de neuro-imagerie fonctionnelle conçues pour examiner les modèles d'activation cérébrale en réponse à des situations suscitant l'empathie, apportent une clarté théorique sur les mécanismes neurocognitifs. En effet, ces mécanismes sous-tendent la sensibilité interpersonnelle, l'empathie émotionnelle, l'empathie cognitive et l'attention. Même si ces composantes sont indépendantes, elles semblent interagir dans le système nerveux (5).

Cependant, ce sont principalement les composantes cognitives et affectives qui sont explorées en médecine.

B. Définitions actuelles :

D'après le dictionnaire Larousse, l'empathie correspond à « *la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* » (6). Cela fait plus de 100 ans que le concept d'empathie est utilisé et pourtant il n'existe pas de consensus sur la définition de l'empathie. Comme l'a fait constater B. Cuff dans sa revue de littérature du concept d'empathie, 43 définitions sont recensées (7).

Depuis plusieurs années, la définition de l'empathie diffère en fonction des composantes possibles, notamment sur la part affective et cognitive mais aussi sur la différence entre sympathie et compassion.

1. L'empathie cognitive :

Pour R.J.R. Blair, l'empathie cognitive correspond à la capacité de comprendre les sentiments de l'autre, définition se rapprochant étroitement de la théorie de l'esprit (8). Quant à M. Hojat, l'empathie est définie comme « *un processus à prédominance cognitive (plutôt qu'affective ou émotionnelle) qui implique une compréhension (plutôt qu'un sentiment) des expériences, des préoccupations et des perspectives du patient, combiné à une capacité de communiquer cette compréhension et avec une intention d'aider* » (9). Pour plusieurs auteurs l'empathie est donc purement cognitive (10–12). De leur point de vue, le médecin doit comprendre la situation, reconnaître l'émotion ressentie par son patient afin d'être disponible émotionnellement et d'avoir un comportement approprié envers celui-ci. L'empathie cognitive permettrait alors un contrôle de ses émotions et un contrôle de soi afin d'aider le patient (13).

L'empathie cognitive se subdivise en trois parties.

a) La régulation émotionnelle :

L'homme est capable de réguler lui-même ses émotions et de les exprimer au moment opportun. Cette capacité de régulation est prépondérante pour avoir des interactions sociales appropriées. Cette régulation sollicite le réseau neuronal composé des cortex préfrontal, insulaire, cingulaire antérieur, d'une partie du système limbique et du striatum ventral (14). L'empathie cognitive n'est donc pas un concept purement psychologique puisque certains auteurs montrent que des lésions de certaines portions du cortex préfrontal sont associées à des déficits d'empathie (15).

b) La flexibilité cognitive :

En fonction de la situation, l'homme peut adopter la perspective et le point de vue d'autrui mais aussi adopter un comportement empathique et moral approprié (5). Lors d'une interaction avec autrui, le soignant doit inhiber sa propre perspective personnelle et l'ajuster pour se représenter la perspective de son patient. Shamsay-Tsoory a montré une corrélation positive entre empathie et flexibilité cognitive. De plus, la flexibilité cognitive fait partie intégrante de la théorie de l'esprit, *i.e.* « *la capacité à inférer des états mentaux à autrui, comme des croyances, des désirs, ou des intentions* » (16).

c) La représentation de soi vs autrui :

A la base de l'empathie cognitive se trouve les mécanismes de représentation de soi et d'autrui qui se développent au cours de l'enfance. En faisant la distinction entre la représentation de soi et celle d'autrui, lorsque le soignant éprouve de l'empathie à l'égard de son patient, il reste conscient que ce qu'il ressent n'est pas identique à ce

que son patient ressent. Ce mécanisme permet donc d'éviter une contagion émotionnelle au sens propre et qui aboutirait à un sentiment de détresse personnelle.

2. L'empathie affective :

L'empathie affective, ou empathie émotionnelle, correspond dans le domaine médical à « *l'émotion que les gens font naître en nous* » (17). Plusieurs auteurs considèrent la dimension émotionnelle de l'empathie comme la seule qui définirait l'empathie (18,19). Pour Shamay-Tsoory l'empathie émotionnelle a comme base la contagion émotionnelle (20). Cette contagion émotionnelle correspond à l'expérimentation de l'émotion perçue chez autrui, et serait visible très tôt dans l'enfance. Pour SD. Preston et FBM. De Wall, cette contagion émotionnelle s'explique par l'activation automatique de la représentation neuronale d'un comportement perçu au travers du comportement d'une autre personne. Cette contagion émotionnelle fait donc appel aux neurones miroirs (21).

Des études ont montré que l'empathie émotionnelle est régulée par l'insula (22) ou plus récemment par le gyrus frontal inférieur (20).

Même si plusieurs auteurs distinguent l'empathie émotionnelle de l'empathie cognitive, ces deux concepts sont considérés comme liés par beaucoup d'autres. On pourrait donc utiliser la définition de B. Cuff qui décrit l'empathie avec ces deux composantes : « *l'empathie est une réponse émotionnelle (affective), directement liée à l'interaction entre ce que l'on est intrinsèquement et ce que l'on ressent dans l'instant. Les processus empathiques sont automatiques (spontanés) mais également façonnés par des processus descendants « top-down control ». L'émotion qui en résulte est similaire à ce que l'on perçoit (directement vécu ou imaginé) ou ce que l'on comprend (empathie*

cognitive) en terme de déclencheurs d'émotion, en acceptant que la source de l'émotion ne nous appartient pas » (7).

Il existe donc plusieurs composantes à l'empathie. Bien qu'importante, la composante comportementale reste cependant peu développée. En effet, même si le praticien peut avoir les qualités et les connaissances requises sur l'empathie cognitive, seule sa mise en pratique comportementale engendrera un impact positif pour le patient (23).

C. Empathie, sympathie et compassion :

L'empathie est à distinguer de la sympathie et de la compassion.

1. Sympathie :

D'après le dictionnaire Larousse, la sympathie correspond à : « *un penchant naturel, spontané et chaleureux de quelqu'un vers une autre personne* » (24). Pour S. Tisseron, la sympathie est différente de l'empathie, par le fait qu'on partage les buts et les objectifs de l'autre (25). En effet le médecin va partager les mêmes émotions, mais aussi les mêmes valeurs. Pour Eisenberg, la sympathie correspond à « *une réaction émotionnelle par procuration basée sur l'appréhension de l'état émotionnel ou de la situation d'autrui, qui implique des sentiments de tristesse ou de souci de l'autre* » (26). La distinction entre sympathie et empathie se fait aussi d'un point de vue neurophysiologique. En effet, l'empathie et la sympathie ne vont pas utiliser les mêmes processus neuronaux (27). Par ailleurs, avec l'empathie on « *ressent comme l'autre* » alors qu'avec la sympathie « *on ressent pour l'autre* » (28). Pour AJ. Clark, distinguer clairement l'empathie et la sympathie a son importance dans l'éducation et la pratique médicale et a un effet bénéfique en thérapeutique (10).

2. Compassion :

D'après le dictionnaire Larousse, la compassion correspond à « *un sentiment de pitié qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui* » (29). Étymologiquement, compassion veut dire « *souffrir avec* » mais cela n'est pas recommandé pour le médecin. Lors d'un entretien avec des patients, la distinction entre l'empathie et la compassion a été effectuée et a été traduite par « *la réaction vertueuse qui cherche à répondre à la souffrance et aux besoins d'une personne par la compréhension relationnelle et l'action* » (30). Pour D. Way et S.J. Tracy, la compassion est surtout composée de 3 éléments : reconnaître la souffrance du patient, se rapporter aux patients dans leur souffrance et réagir à la souffrance (31). Dans tous les cas, empathie et compassion auraient un impact positif sur la prise en charge du patient qui se sent écouté, compris et entendu (32). Cependant, pour O. Klimecki, il existe un lien entre empathie et compassion. En effet, de l'empathie découlerait la compassion qui permet de se protéger des émotions négatives (33).

3. Mesures de l'empathie :

Même si la définition de l'empathie n'est pas figée, des questionnaires de mesures de l'empathie existent. Seuls les plus pertinents seront abordés ici.

a) **Auto-questionnaires :**

(1) L'échelle d'empathie de Hogan :

Élaborée dans les années 1960, elle se compose de 64 items avec une réponse binaire vrai ou faux (34). Elle a pour but d'évaluer l'empathie cognitive. Cette échelle a été ensuite critiquée, car elle évaluait surtout les compétences sociales plutôt que l'empathie à proprement parler.

(2) L'indice de Réactivité Interpersonnelle (IRI) :

Créé dans les années 1980 par Marx Davis, ce questionnaire a, d'après lui, pour but d'étudier les 4 composantes d'empathie :

- Prise de perspective
- La préoccupation empathique
- La détresse personnelle
- La fantaisie (projection dans les sentiments de personnages fictifs)

Il est composé de 24 items, chacun coté de 0 à 4 et évalué à la fois l'empathie cognitive et affective (35). Il a été ensuite validé en France en 2012, par l'équipe de AL. Gilet (36). Cependant pour certains auteurs, la composante détresse personnelle et fantaisie ne fait pas partie de la définition de l'empathie.

(3) Empathy Quotient :

Il a été conçu par Baron-Cohen et Wheelwright, et se voulait rapide à réaliser, facile à utiliser et à mesurer. Il est composé de 60 questions dont 40 étudient purement l'empathie. Ce questionnaire permet à la fois de mesurer l'empathie cognitive et affective. Il a été utilisé pour la première fois sur un groupe de patients atteints du syndrome Asperger ou du spectre autistique comparé à une population saine. L'étude a permis de montrer un taux d'empathie plus bas pour les patients que le groupe contrôle. Cet auto-questionnaire a ensuite été validé en 2004 (37).

(4) L'échelle Jefferson d'empathie :

Créée en 2000 par M. Hojat, c'est un auto-questionnaire de 20 items gradué sur une échelle de Likert allant de 1 (désaccord) à 7 (fortement d'accord) (38,39). C'est l'un

des tests les plus utilisés dans le monde, traduit en plusieurs langues. Ce test peut être utilisé chez tous les soignants. C'est un modèle à trois variables latentes :

- La prise de perspective
- Le soin compassionnel
- Le « *marcher dans les chaussures du patient* »

Cette échelle vise principalement à évaluer l'empathie cognitive et non pas la part émotionnelle.

(5) « The Single Item Trait Empathy Scale »:

S. Konrath a créé en 2018 un auto-questionnaire avec un seul item (40). Cet item traduit de l'anglais correspond à « *dans quelle mesure l'énoncé suivant vous décrit-il : « je suis une personne empathique* » », évalué à l'aide d'une échelle allant de 1 = « pas très vrai pour moi » à 5 = « très vrai pour moi ». Elle a validé cette échelle en la comparant avec l'Indice de Réactivité Interpersonnelle. Le défaut de cette échelle peut résider dans la difficulté à définir ce qu'est l'empathie.

b) Hétéro-questionnaires :

(1) Consultation And Relational Empathy CARE :

SW. Mercer et ses collègues ont développé cette échelle en 2004 (41). Cette échelle a pour but d'évaluer l'empathie du soignant lors d'une consultation. Le but de cette échelle est qu'elle soit utilisable par tous les patients peu importe le niveau socio-économique. L'échelle évalue 3 niveaux d'empathie : cognitive, émotionnelle et comportementale. Elle est composée de dix items. Dans la méta-analyse de Hemmerdinger, l'échelle CARE a été décrite comme l'une des seules échelles valide et fiable (42). Le score d'empathie varie de 10 à 50, l'échelle peut se diviser en 2 sous-scores, le sous-score CARE-écoute et le sous-score CARE-action. Selon une méta-

analyse utilisant cette échelle, la moyenne d'empathie est de 40,48 (IC95%, 39,24 à 41,72) (43). Cette échelle a été fréquemment utilisée en médecine générale pour évaluer l'empathie du soignant (44–46). Elle est également utilisée pour évaluer l'empathie perçue des étudiants en médecine (47,48).

(2) The Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPE) :

En 2017, G. Kane et M. Hojat ont créé un questionnaire bref de 5 items adressé aux patients (49). Ce questionnaire permet d'évaluer l'engagement empathique du médecin. C'est un test psychométrique validé (50). Ce questionnaire peut aussi être utilisé pour évaluer les soignants en général. Le JSPPE a été validé et traduit dans dix langues différentes (9).

II. Qualité de vie liée à la santé :

A. Définitions :

L'OMS définit en 1993 la qualité de vie dans le domaine de la santé comme « *la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (51).

Le concept de qualité de vie émerge dans les années 1970 pour ensuite faire son apogée dans les années 1990. La morbidité ou la survie ne suffit plus à évaluer les progrès médicaux et on cherche à évaluer de manière subjective le point de vue des patients (52). Pour R. Launois, la qualité de vie liée à la santé correspond à l'impact

d'une maladie sur la vie d'un patient d'un point de vue physique, psychologique et social (53). On doit ensuite le concept de qualité de vie perçue à Bucquet puis F. Guillemin qui introduit « *le concept de santé perceptuelle, c'est-à-dire la qualité de vie liée à la santé du point de vue de la personne interrogée elle-même* » (54).

Bien que le concept de qualité de vie liée à la santé soit connu depuis plusieurs décennies, il n'existe pas de consensus sur sa définition. Cependant, on tend à se mettre d'accord sur l'intérêt de l'évaluation de la qualité de vie. Dans sa synthèse sur « *l'évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie* », l'HAS souligne l'importance de la qualité de vie avec une approche clinique et économique (51). Le but étant de quantifier le bénéfice clinique d'un produit de santé et d'en allouer ensuite les ressources collectives nécessaires.

B. Outils de mesures de la qualité de vie :

Plusieurs outils sont possibles pour le clinicien afin de mesurer la qualité de vie liée à la santé. Sous la forme de questionnaires, ils prennent en compte les domaines physique, relationnel, psychologique et symptomatique. Ce sont des éléments à la fois subjectifs et objectifs, que seul le patient peut réellement évaluer. Pour évaluer la qualité de vie, on peut soit utiliser une approche psychologique avec l'inconvénient de ne pas être standardisée, soit utiliser une approche psychométrique qui est standardisée.

Il existe plus d'une centaine de questionnaires répertoriés dans la littérature, qui peuvent être catégorisés entre questionnaires génériques et questionnaires spécifiques à une situation. La plupart d'entre eux sont auto-administrés.

1. Questionnaires génériques :

Le principe de ces questionnaires est qu'ils peuvent être utilisés dans toutes les populations (malades ou non malades) et permettent de comparer des sujets ayant des maladies différentes. Leurs différences résident dans leur longueur et dans les domaines de santé étudiés.

a) Le questionnaire SF-36 :

C'est un questionnaire avec 36 items, permettant d'étudier les domaines d'activité physique, de douleur physique, de la santé perçue, de la santé psychologique, de la vitalité, de la limitation de l'état physique et psychologique (55). C'est un questionnaire validé et traduit en français et c'est l'un des plus utilisés depuis des années. Il permet d'évaluer la qualité de vie sur les quatre dernières semaines (56). Le défaut de ce questionnaire peut résider dans la longueur des items, c'est pourquoi il a été ensuite créé le questionnaire SF-12 proposant une évaluation sur les composantes physiques et mentales (57).

b) EuroQol-5D :

Questionnaire auto-administré, simple et rapide d'utilisation. Il évalue la douleur/gêne, l'anxiété/dépression, les activités quotidiennes, la capacité de prendre soin de soi et la mobilité. C'est un questionnaire composé de 5 items, qui se veut être un complément à d'autres questionnaires de qualité de vie (58).

c) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) :

C'est un questionnaire proposé par l'OMS, validé et traduit dans plusieurs pays, qui cherche à évaluer la qualité de vie. Il en existe deux versions, la première comporte 100 items, évaluant six domaines : santé physique, autonomie, environnement et

spiritualité, santé psychique, relations sociale (59). La seconde, dénommée WHOQOL-BREF, est composée de 26 items, évaluant quatre domaines : santé physique, relation sociale, environnement et santé psychique (60).

d) The DUKE Health Profile :

Il s'agit d'un auto-questionnaire créé par G. Parkerson en 1990. Il comporte 17 items et permet une évaluation de la qualité de vie liée à la santé, notamment pour des patients ayant une maladie chronique (61). Ce questionnaire évalue dix dimensions différentes de la santé : physique, anxiété, dépression, mentale, générale, sociale, santé perçue, incapacité et douleur. Ce score est coté de 0 à 100 et chaque dimension a un score coté de 0 à 100. Il a été traduit et validé en France (62). Ce questionnaire a la particularité d'être rapide, facile d'utilisation et permet d'évaluer les principaux domaines liés à la santé. Une étude française a montré que le questionnaire pouvait être utilisé chez les patients ayant une démence modérée (63). Ce questionnaire a été utilisé comme outil d'évaluation de la qualité de vie liée à la santé lors de l'évaluation du baromètre santé des français en 2005 (64).

2. Questionnaires spécifiques :

Le propos ici n'est pas de fournir une liste exhaustive des questionnaires mais de rappeler l'existence de questionnaires spécifiques en fonction de la population étudiée. En effet, une multitude de questionnaires ont été créés depuis plusieurs années. Les questionnaires peuvent être fonction de la population d'intérêt : enfants, adolescents, personnes âgées, malades ou non malades (65). Ils peuvent l'être aussi en fonction d'une maladie ou d'une situation clinique (66). Les questionnaires spécifiques ont une meilleure sensibilité mais ne permettent cependant pas de comparer des domaines thérapeutiques différents.

Une revue de la littérature a été réalisée en 2019 sur l'étude de la qualité de vie dans la recherche médicale (67). Elle montre qu'il n'existe pas de questionnaire universel et standardisé pour l'évaluer. On peut faire l'hypothèse que tant que la définition de la qualité de vie liée à la santé ne sera pas clarifiée, il ne pourra pas exister de questionnaire universel.

C. Qualités de vie liée à la santé et maladie chronique :

1. Définition maladie chronique :

Il n'existe une fois de plus pas de consensus autour la définition de la maladie chronique. Pour l'OMS, la maladie chronique correspond « *à une affection de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et qui nécessitent un traitement et des soins à long terme* » (68). Cependant cette définition ne suffit pas à elle seule, l'OMS ne traitant que de la durée de la maladie. Aux États-Unis a été rajoutée à la définition la notion de maladies non transmissibles. Cette notion n'est pas extrapolable à toutes les maladies chroniques, par exemple l'infection au VIH et au VHC sont des infections transmissibles responsables pourtant de maladies chroniques.

Le Haut Conseil de la Santé Publique considère la maladie chronique comme « *la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive appelé à durer ; une ancienneté minimale de trois mois ou supposée telle ; un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :*

- *Une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ;*
- *Une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistante personnelle ;*

- *La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social » (69).*

Cette définition prend en compte la dimension médico-sociale de la maladie. Par ailleurs, il ne faut pas confondre maladie chronique et affection longue durée. En effet, le dispositif ALD repose sur une liste d'affections. En France, 10,7 millions de personnes sont prises en charge pour une maladie dans le cadre d'une ALD contre 20 millions ayant de maladie chronique (70).

Même s'il n'y a pas de consensus sur la définition, on peut voir qu'entre 2011 et 2017, les admissions en ALD ont augmenté à un rythme annuel moyen de 5,1% (71).

2. Qualité de vie et maladie chronique :

Devant l'émergence des maladies chroniques et le fait qu'il s'agisse de la première cause de mortalité dans le monde, les organismes de santé se sont donnés comme objectif d'améliorer la qualité de vie des patients (68). En effet, même s'il n'est pas toujours possible de guérir d'une maladie chronique, le système de soins doit veiller à améliorer la qualité de vie du patient.

Plusieurs études ont montré que la maladie chronique diminuait la qualité de vie des patients. Ainsi, en 2013, K. Megari a réalisé une revue de la littérature sur la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique (72). Celle-ci retrouve de nombreux articles qui montrent une diminution de la qualité de vie dans différentes maladies chroniques. Cependant, certains de ces articles constatent aussi une amélioration de la qualité de vie des patients lorsque leur prise en charge est organisée de façon

précoce, notamment chez des patients avec un diabète, une obésité ou encore une dysfonction ventriculaire gauche.

De ce fait, la qualité de vie liée à la santé pourrait être un indicateur de santé du patient au même titre que la mortalité ou la morbidité.

III. Place du médecin généraliste et du pharmacien dans la prise en charge des maladies chroniques :

A. Rôle du médecin généraliste :

Au 1^{er} Janvier 2018, on dénombrait 102 000 médecins généralistes (MG) en France (73). Depuis 2012, on constate que le nombre de MG stagne (+ 0,7%). Près d'un médecin sur trois à plus de 60 ans et 46% des médecins sont des femmes. 8,6% de la population vivent dans une commune sous-dense en MG. Tous ces facteurs affectent la prise en charge des maladies chroniques, en croissance permanente.

Le MG a un rôle principal dans le parcours de soins et le soin primaire des patients (74). Une thèse permettant une analyse multifactorielle des consultations de médecine générale à Paris, a montré que les motifs les plus fréquents concernaient le suivi de la maladie chronique au travers du renouvellement d'ordonnance ainsi que de la prévention (75).

1. Caractéristique de la médecine générale :

D'après la WONCA, il existe 11 caractéristiques d'un MG :

- « *Premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé,*

indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

- *Utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.*
- *Développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.*
- *Utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.*
- *A la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.*
- *Démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.*
- *Gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.*
- *Intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.*
- *Favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.*
- *A une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.*
- *Répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale culturelle et existentielle » (76).*

2. Rôle de dépistage et de diagnostic :

Le MG a un rôle de dépistage et de diagnostic des maladies chroniques. Des obstacles à cette fonction peuvent cependant exister. Le médecin peut être dans une situation où le diagnostic d'une affection est difficile en raison de la symptomatologie atypique conduisant parfois à des erreurs diagnostiques ou à un retard de prise en charge thérapeutique. Une autre situation compliquant le diagnostic d'une maladie chronique est son stade souvent asymptomatique. Elle se révélera alors tardivement par de potentielles complications. Le MG peut être confronté à ce genre de situations. Le dépistage précoce ainsi que la prévention de ces maladies en est un enjeu majeur (74).

3. Rôle de prévention du médecin généraliste :

La prévention occupe une place de plus en plus prépondérante en médecine générale. Le but de celle-ci est d'éviter la survenue d'une maladie et d'en limiter ses conséquences. La prévention réalisée par le MG peut ainsi être individuelle ou collective. Celles-ci peuvent prendre plusieurs formes. La prévention médicalisée peut correspondre aux vaccinations, à la prescription de sérologies, à la réalisation de dépistages ou encore la prescription de médicaments pour prévenir des rechutes ou des complications. La prévention peut aussi prendre la forme d'éducation pour la santé ou de prévention liée aux comportements de santé (77).

4. Rôle de coordinateur entre les différents professionnels de santé :

La prise en charge d'une maladie chronique peut nécessiter des avis spécialisés. Le MG intervient alors comme coordinateur des soins. Le MG assure un rôle dans le choix de la prise en charge d'une maladie chronique. En effet, par sa vision globale du patient et de sa situation, il pourra évaluer les risques liés aux effets indésirables ainsi qu'éviter les poly-médications et intégrer les avis des autres spécialistes. Dans son rôle de coordinateur, le MG prend en compte les préférences du patient. Le MG permet une prise en charge personnalisée et contextualisée du patient. En effet, c'est un professionnel de santé ayant la compétence de connaître le patient avec ses composantes psychologiques, familiales, économiques, professionnelles et sociales. La médecine générale est une médecine centrée sur le patient à l'aide d'une approche globale. Le MG considère en effet, le patient dans son intégralité. Il prend en compte les dimensions physiques, mentales et sociales de la santé de son patient.

5. Rôle de suivi de la maladie chronique :

Le MG est considéré comme le spécialiste référent dans le parcours de soins du patient. En effet, c'est le professionnel de santé le plus consulté par le patient avec le pharmacien. Il permet un suivi au long cours de la maladie chronique. Il permet d'adapter le traitement et la prise en charge de la maladie chronique tout au long du parcours de soins. Cependant, des obstacles peuvent exister lors du suivi et de la prise en charge thérapeutique du patient.

B. Rôle du pharmacien :

1. Dispensation des médicaments :

L'un des rôles du pharmacien est la délivrance des médicaments. Cependant lors de la délivrance, le pharmacien s'engage à donner les informations et les précisions concernant le traitement aux patients. En effet, il informe sur la posologie, la durée du traitement, les précautions d'emploi, les informations du bon usage, les précautions particulières, les analyses biologiques à l'initiation, la surveillance et la poursuite du traitement. De plus, lors de la délivrance du traitement, le pharmacien s'assure de vérifier l'absence d'erreur de prescription et d'interaction médicamenteuse.

2. Entretien pharmaceutique :

Le rôle du pharmacien est aussi d'accompagner le patient dans sa maladie chronique. Depuis la convention nationale des pharmaciens de 2012, le rôle du pharmacien est revalorisé, il a la possibilité de proposer un entretien pharmaceutique aux patients. Cet entretien permet d'assurer une prise en charge du patient personnalisée et optimale (78). Il permet une valorisation de l'expertise du pharmacien sur le médicament, d'évaluer la connaissance du traitement par le patient, de conseiller, d'éduquer et de prévenir. Il a aussi pour rôle de chercher l'adhésion thérapeutique et à terme, d'évaluer l'appropriation du traitement par le patient. L'entretien pharmaceutique est composé d'un entretien d'évaluation et de 2 entretiens thématiques. Cet entretien pharmaceutique est rémunéré par l'assurance maladie (79).

3. Dispensation, entretien pharmaceutique, mais pas seulement :

Le pharmacien a aussi un rôle de coordination de soins. C'est l'un des professionnels de santé les plus disponibles, du fait de ses horaires larges, de l'absence de rendez-vous et de la proximité avec le patient. De ce fait, il doit pouvoir orienter le patient après l'écoute de sa demande. Il doit pouvoir communiquer avec les autres professionnels de santé, notamment le MG (80). Il a aussi un rôle dans l'éducation de la santé et la prévention (81).

C. Éducation thérapeutique :

Le MG comme le pharmacien ont un rôle primordial dans l'éducation thérapeutique du patient.

1. Définition :

D'après l'OMS, l'éducation thérapeutique « a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (82).

2. Place du médecin généraliste :

Le MG est le premier acteur et le principal coordonnateur dans l'éducation thérapeutique du patient. Le médecin réalise le bilan éducatif partagé pour ensuite aménager des consultations entièrement ou partiellement dédiées à l'éducation thérapeutique. Le MG peut aussi animer des séances collectives (83). Lors de la première étape, le bilan éducatif, le médecin permet d'identifier les besoins du patient. Ce bilan dévoile les composantes pédagogiques psycho-sociales et biomédicales à développer durant le processus d'éducation thérapeutique. La seconde étape permet de formuler les compétences que doit développer le patient afin de réaliser un programme personnalisé. La troisième étape est de mettre en œuvre le programme pour acquérir les compétences définies. La dernière étape permet de vérifier l'amélioration du comportement de soin, les connaissances et les progrès du patient. Ces étapes peuvent correspondre à des entretiens thérapeutiques de 45 minutes individuel ou partagé.

3. Place du pharmacien :

C'est le comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française *CESPHARM* qui a soutenu l'implication des pharmaciens dans l'éducation thérapeutique. La plupart du temps, l'intervention se déroule en officine lors de la dispensation des traitements. Mais l'éducation peut s'effectuer lors de séances collectives (67). Pour pouvoir réaliser des entretiens d'éducation thérapeutique, le pharmacien devra acquérir 3 niveaux de compétences : des compétences techniques sur les connaissances de la maladie et les moyens de sa prise en charge, des compétences pédagogiques et relationnelles et des compétences organisationnelles pour le déroulement de l'éducation thérapeutique du patient.

D. La conciliation médicamenteuse :

En 2015, la HAS définit la conciliation médicamenteuse comme « *un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle* » (84).

La conciliation médicamenteuse permet de corriger les erreurs médicamenteuses grâce à la transmission d'informations entre les professionnels de santé. Les différents guides de conciliation médicamenteuse sont souvent réalisés sur le lien ville-hôpital. Cependant, un projet lillois « PharMed » de conciliation médicamenteuse en ambulatoire a été réalisé visant à favoriser l'interaction entre le MG et les pharmacies d'officines (85)

INTRODUCTION

Un des piliers de la relation patient-médecin est l'empathie du soignant. L'empathie correspond donc en « *une faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir* » d'après la définition du dictionnaire Larousse. Cependant en médecine, il existe plusieurs définitions possibles. D'après M.T Lussier, le milieu médical devrait la clarifier (86). On pourrait utiliser la définition de M. Hojat qui définit l'empathie médicale comme « *un processus principalement cognitif (plutôt qu'affectif ou émotionnel) qui implique une compréhension (plutôt qu'un sentiment) des expériences, des préoccupations et des perspectives du patient, combiné à une capacité de communiquer cette compréhension et une intention de traiter* » (87). Cependant pour certains auteurs comme Halpern et Jeffrey, cette définition devrait probablement avoir une part affective en plus (88,89).

Bien que la définition de l'empathie ne soit pas figée, l'impact positif de l'empathie des soignants sur le patient a été démontré depuis plusieurs années. Une empathie développée chez les soignants est liée à une diminution de la souffrance, de l'anxiété et du taux de complication des patients ayant un diabète type 2 (43,90) ainsi qu'un meilleur contrôle de l'hémoglobine glyquée et du LDL-c (91). Une étude plus récente au Royaume-Uni a montré qu'un haut niveau d'empathie chez les MG est lié à une diminution de la mortalité chez des patients ayant un diabète de type 2 (92). L'empathie des soignants a donc un impact positif sur certaines maladies chroniques.

En 2017, l'assurance maladie estimait à 20 millions le nombre de patients atteints de maladies chroniques en France (70). Selon le rapport de l'OMS en 2010, les maladies chroniques étaient la première cause de mortalité (93). De plus, il a été établi

que les maladies chroniques pouvaient diminuer la qualité de vie des patients (72,94). La loi de santé publique du 9 Août 2004 a d'ailleurs proposé un plan de santé pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique 2007-2011 (69). Cependant, dans le rapport du Haut Conseil de Santé Publique d'avril 2010, l'absence de mesure universelle et standardisée de la qualité de vie n'a pas permis de démontrer l'efficacité du programme (95). Depuis, une étude a montré qu'il existait un lien entre l'empathie des oncologues et la qualité de vie des patients atteint de cancer du poumon (96).

Le MG et le pharmacien font partie des professionnels de santé les plus consultés par les patients ayant une maladie chronique. Bien que l'empathie du pharmacien soit considérée comme importante et devant s'ancrer dans sa formation, l'impact de l'empathie des pharmaciens sur le patient n'a pas été démontré (97,98).

A ce jour, il n'a pas encore été mis en évidence de lien entre l'empathie des MG et la qualité de vie de patients ayant une maladie chronique. Dans ce contexte, un projet de recherche interprofessionnel entre pharmaciens et MG, nommé E.M.P.A.T.H.I.E.S (Empathies des Médecins et des Pharmaciens, Adhérence Thérapeutique et Indicateur d'État de Santé) a été développé.

L'un des objectifs principaux de ce projet était de déterminer s'il existe une association entre l'empathie des MG perçue par les patients ayant une maladie chronique et la qualité de vie de ces patients. L'objectif secondaire était de mettre en évidence une association entre la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique et l'empathie du pharmacien.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale multicentrique randomisée en grappe réalisée dans le Nord-Pas-De-Calais. Cette étude faisait partie d'un projet interprofessionnel E.M.P.A.T.H.I.E.S : projet entre médecin et pharmacien analysant leurs empathies et l'impact de celles-ci.

I. Population :

La population cible correspondait aux patients ayant une maladie chronique au long cours. Pour recruter cette population, une randomisation en grappe de MG a été effectuée.

A. Recrutement des médecins généralistes :

Un tirage au sort de MG réalisé par la PAM de la Clinique de Santé Publique de Lille, a permis la création d'une liste permettant le recrutement d'un échantillon représentatif de 50 MG du NPDC. Une deuxième liste issue du CEMG-Lille pour en identifier les MSU a également été utilisée. Les investigateurs ont appliqué la procédure standardisée de recrutement à l'aide de ces deux listes jusqu'à l'obtention de l'accord de 25 MG non MSU et de 25 MG MSU (Cf. annexes 1-4). Une fois l'accord téléphonique obtenu, un entretien individuel avait lieu pour informer le MG du déroulé de l'étude et de la méthode de recrutement des patients. L'investigateur recueillait également le consentement écrit du MG et remplissait le questionnaire MG. (Cf. annexes 5 et 6). Le MG était également informé de la procédure du recrutement des patients par la remise d'un guide pratique (Cf. annexe 7).

1. Critères d'inclusion des MG :

- Être MG installé en exercice dans le NPDC durant toute la durée prévisionnelle de l'étude
- Avoir dans sa patientèle de « médecin traitant » au moins un patient présentant une maladie chronique

2. Critères de non-inclusion des MG :

- Être maître de stage universitaire pour des externes
- Avoir un exercice exclusivement hospitalier
- Exercer une médecine alternative exclusive (homéopathie, médecine douce, sexologie, angiologie, médecine du travail, médecine du sport)

B. Population cible :

La population cible correspondait à l'ensemble des patients du NPDC ayant au moins une maladie chronique. Un échantillon estimé comme représentatif a été élaboré par recrutement consécutif de 20 patients par MG inclus.

1. Critères d'inclusion des patients :

- Avoir une maladie chronique selon le MG depuis plus de 6 mois et nécessitant une prise régulière d'un traitement
- Être affilié à un régime de sécurité sociale
- Avoir déclaré le MG comme « médecin traitant »
- Être majeur

2. Critères de non-inclusion des patients :

- Incapacité à remplir le questionnaire seul d'après le MG
- Patient sous protection juridique
- Patient vu au domicile

II. Recueil des données :

A. Questionnaire médecin :

Un questionnaire nominatif concernant le MG (Cf. annexe 6) a été rempli par les investigateurs lors du recrutement des MG.

B. Questionnaire patient :

Un questionnaire papier anonyme a été remis en fin de consultation au patient (Cf. annexe 8, p1-6). Il comportait également une partie préalablement remplie par le MG (Cf. annexe 8, p7).

Les variables d'intérêt recueillies étaient :

- Caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, niveau d'études, situation professionnelle, habitat)
- Compétences émotionnelles issus du questionnaire S-PEC
- Consommation de toxiques
- Score de DUKE (profil de santé)
- Score CARE : empathie perçue du MG
- Score CARE : empathie perçue du pharmacien

En fin de passation (après 15-20 minutes), le questionnaire devait être remis dans une urne scellée disponible dans le cabinet.

C. Recrutement des populations :

Les recrutements des MG et des patients ont été effectués selon des procédures standardisées (Cf. annexes 1-7). Le recrutement a eu lieu du 1^{er} février 2019 au 30 octobre 2019.

III. Traitement des données :

A. Aspect Réglementaires et Éthiques :

L'étude a été déclarée auprès de la CNIL par le délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille, le 26 octobre 2018. Un accord du protocole a été obtenu auprès du Comité d'Éthique de l'Université de Lille le 28 Janvier 2019.

Un consentement écrit des MG a été obtenu après informations données lors de l'entretien présentiel. Concernant le patient, un consentement oral était recueilli après information donnée par le MG lors du recrutement.

B. Gestions des données :

Une base de données a été constituée à partir des réponses des questionnaires, après chiffrement du disque dur via VERACRYPT des investigateurs.

C. Gestions des données manquantes :

Après la saisie des données, les questionnaires dont la page concernant la maladie du patient (Cf. annexe 8, p 7) n'était pas remplie (ou non correctement remplie) ont été exclus.

Concernant le score CARE, il comportait 10 items dont les valeurs sont comprises entre 1 et 5. Lorsque nous avons :

- 1 valeur manquante : on la remplaçait par la moyenne des 9 items remplis
- 2 valeurs manquantes : on les remplaçait par la moyenne des 8 items remplis
- Plus de 2 valeurs manquantes : le score total était considéré comme manquant et le questionnaire était exclu (50)

Concernant le score de DUKE, si un des 17 items était manquant, le questionnaire était exclu.

D. Analyse des données :

Le critère d'évaluation principal était le score général de DUKE (variable continue, valeurs comprises entre 0 et 100 points). La variable explicative principale était le score d'empathie du CARE pour le MG (variable continue, valeurs comprises entre 10 et 50 points). Les données sont présentées sous forme de moyenne \pm écart-type estimé ou médiane [intervalle interquartile] pour les variables continues en fonction du caractère gaussien de leur distribution, et sous forme d'effectifs (proportions) pour les variables catégorielles.

La recherche de facteurs prédictifs du score DUKE de santé générale a été effectuée avec des modèles de régression linéaire hiérarchique, le premier niveau correspondant aux patients, et le deuxième niveau correspondant aux MG. L'hypothèse de linéarité pour les covariables continues était vérifiée graphiquement et par un test de rapport de vraisemblances en comparant le modèle incluant la covariable vs le modèle ajoutant une composante quadratique. Le modèle multivarié était construit en incluant toutes les covariables, quel que soit leur degré de signification dans les analyses univariées. La validité du modèle multivarié a été établie

par une étude des résidus. Aucun ajustement n'a été fait pour les tests de comparaisons multiples étant donné la nature exploratoire de l'étude. Pour toutes les analyses, le risque de première espèce était fixé à 5%.

Les tests étaient bilatéraux et le risque de première espèce alpha était fixé à 5%. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute Inc, Cary, NC, USA) et prise en charge par la plateforme PROSERPINE de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lille.

RESULTATS

I. Données analysées :

A. Recrutement des médecins généralistes :

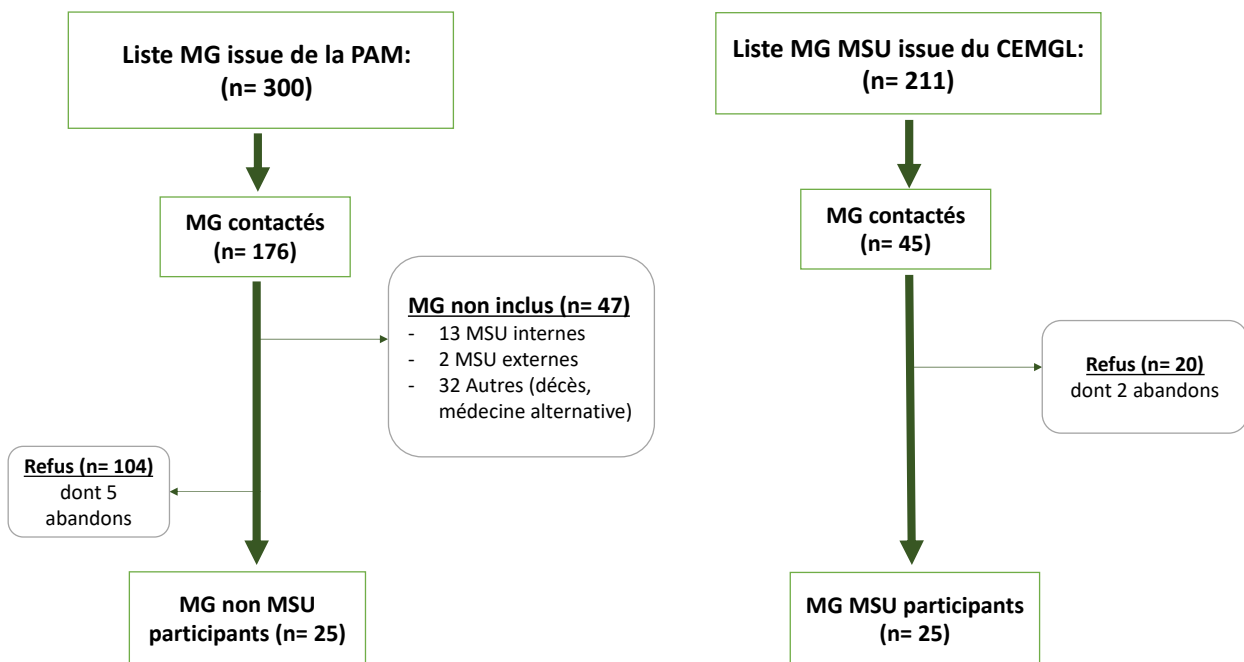


Figure 1: Flow-chart du recrutement des médecins généralistes

On remarque que sur les 221 MG qui ont été contactés 124 MG ont refusés, soit un taux de refus de 56%.

B. Recrutement de la population cible :

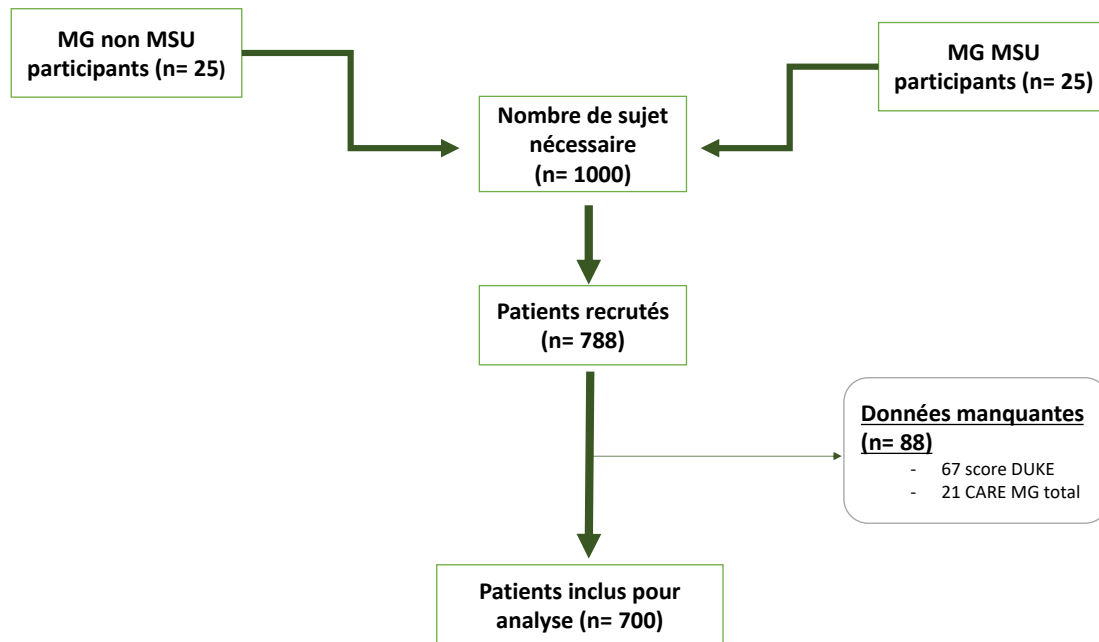


Figure 2 : Flow-chart recrutement des patients

Il a été estimé un nombre de sujet nécessaire de 1000 patients, 700 patients ont été inclus dans l'analyse soit un taux de participation de 70%.

II. Statistiques descriptives :

Les variables quantitatives sont décrites sous la forme d'une moyenne \pm écart-type ou médiane [intervalle interquartile] selon la distribution.

Les variables qualitatives sont décrites sous la forme d'un effectif (proportion).

A. Caractéristiques des médecins généralistes :

Tableau 1 : Caractéristique MG

	Effectif total de MG (n=50)
<u>Caractéristiques socio-démographiques</u>	
MSU	25 (50%)
Genre féminin	11 (22%)
Âge (années)	56 [38 ; 62]
Délai depuis la fin d'études (années)	25 [10 ; 36]
Délai depuis l'installation (années)	20 [7 ; 34]
Participation à des groupes de pairs	12 (24%)
<u>Modalités d'exercice</u>	
Zonage	
0 : Zone hors vivier	35 (70%)
1 : ZAC	12 (24%)
2 : ZIP	3 (6%)
Zone d'exercice urbaine	38 (79%)
<u>Caractéristiques d'exercice</u>	
Type d'activité	
0 : Libérale	42 (84%)
1 : Salariée	0 (0%)
2 : Mixte	8 (16%)
Type de cabinet	
0 : Cabinet seul	17 (34%)
1 : Cabinet de groupe	25 (50%)
2 : MSP	7 (14%)
3 : Autre	1 (2%)
RIAP	5772 ± 2169
Temps moyen de consultation déclaré (minutes)	15 [15 ; 20]

On constate que 22% des MG sont des femmes et ont une médiane d'âge de 56 ans. La majeure partie des MG exercent en libéral (84%) et plus de la moitié exercent en cabinet de groupe ou en MSP. Plus des $\frac{3}{4}$ des MG exercent en zone urbaine et seulement 6% en ZIP.

B. Caractéristiques de la population cible :

Tableau 2 : caractéristiques sociodémographiques des patients suivis au long cours pour une maladie chronique

	Effectif total de patients (n=700)
Âge (années)	62 ± 14
Genre	
0 : Masculin	327 (47%)
1 : Féminin	371 (53%)
2 : Autre	1 (<1%)
Le patient habite seul	153 (22%)
Niveau de diplôme	
0 : Aucun diplôme	63 (9%)
1 : Brevet des collèges	30 (4%)
2 : Certificat d'études	112 (16%)
3 : BEP/CAP	215 (31%)
4 : Baccalauréat	128 (18%)
5 : Licence	39 (6%)
6 : Master	39 (6%)
7 : Doctorat	13 (2%)
8 : Autre	59 (8%)
Situation professionnelle	
0 : En activité	197 (29%)
1 : Etudiant·e	8 (1%)
2 : Sans emploi	96 (14%)
3 : Retraité·e	390 (56%)
Score compétences émotionnelles (points)	18 ± 3
Consommation régulière d'alcool	207 (30%)
Consommation régulière de tabac	103 (15%)
Consommation régulière de cannabis	6 (<1%)

Tableau 3 : Score observance et suivi avec les professionnels de santé

	Effectif total de patients (n=700)
Score de Girerd (points)	1 [0 ; 2]
Observance	
0 : bonne	253 (37%)
1 : moyenne	348 (51%)
2 : mauvaise	85 (12%)
Sujet prenant les traitements en pharmacie	
0 : Patient	662 (96%)
1 : Aidant familial	23 (3%)
2 : Infirmier·e / autre aidant	3 (<1%)
Sujet gérant les traitements à domicile	
0 : Patient	668 (96%)
1 : Aidant familial	16 (2%)
2 : Infirmier·e / autre aidant	9 (1%)
Nombre de consultations chez le MG cette année	
0 : 1 fois	14 (2%)
1 : 2 à 3 fois	84 (12%)
2 : 4 à 6 fois	329 (47%)
3 : 7 à 12 fois	184 (26%)
4 : > 12 fois	85 (12%)
Nombre de visites à la pharmacie cette année	
0 : 1 fois	6 (< 1%)
1 : 2 à 3 fois	55 (8%)
2 : 4 à 6 fois	266 (38%)
3 : 7 à 12 fois	238 (34%)
4 : > 12 fois	130 (19%)
Participation à un ETP au moins	
0 : Non	651 (95%)
1 : Oui	28 (4%)
2 : Ne sait pas	8 (1%)
Temps de la dernière consultation (minutes)	20 [15 ; 20]

Le patient consulte son MG au minimum tous les 3 mois et seuls 2% des patients consulte leur MG une fois par an. Les patients consultent le plus souvent le pharmacien tous les mois voir tous les 2 mois. 51% de la population est moyennement observant dans la prise de ses traitements.

Tableau 4 : Score d'empathie CARE

	Effectif total de patients (n=700)
Score CARE MG écoute (points)	27 [24 ; 30]
Score CARE MG action (points)	18 [16 ; 20]
Score CARE MG total (points)	45 [39 ; 50]
Score CARE pharmacien écoute (points)	22 [18 ; 25]
Score CARE pharmacien action (points)	14 [12 ; 17]
Score CARE pharmacien total (points)	36 [31 ; 42]

Le score médian CARE MG est estimé à 45 avec un intervalle de [39 ; 50]. Le sous-score écoute est estimé à 27 avec un intervalle de [24 ; 30] et le sous-score action est estimé à 18 avec un intervalle de [16 ; 20]. Le score médian CARE pharmacien est estimé à 36 avec un intervalle de [31 ; 42] avec un sous-score écoute médian à 22 et un sous-score action médian à 14.

Tableau 5 : Qualité de vie selon profil de DUKE

	Effectif total de patients (n=700)
Score DUKE santé physique (points)	51 ± 25
Score DUKE santé mentale (points)	65 ± 25
Score DUKE santé sociale (points)	68 ± 20
Score DUKE santé générale (points)	61 ± 18
Score DUKE santé perçue (points)	55
0	133 (19%)
50	358 (52%)
100	201 (29%)
Score DUKE estime de soi (points)	72 ± 21
Score DUKE anxiété (points)	38 ± 21
Score DUKE dépression (points)	38 ± 25
Score DUKE douleur (points)	57
0	106 (15%)
50	394 (56%)
100	200 (29%)
Score DUKE incapacité (points)	8
0	618 (88%)
50	56 (8%)
100	25 (4%)

Pour rappel le profil de DUKE est composé de 10 dimensions avec des scores allant de 0 à 100. Chaque score est représenté par la moyenne des résultats. Concernant les scores santé physique, mentale, sociale, générale, perçue, et estime de soi plus le score est élevé meilleure est la qualité de vie. Concernant les scores anxiété, dépression, douleur et incapacité plus le score est élevé moins bonne est la qualité de vie.

Par exemple, les patients ont une évaluation positive de leur qualité de vie avec une moyenne du score de santé générale de 61. Et on constate que la population a globalement une bonne estime de soi avec une moyenne de 72. A l'inverse, les patients ont un score d'anxiété plutôt faible avec une moyenne de 38.

Tableau 6 : Caractéristiques des maladies chroniques

	Effectif total de patients (n=700)
Nombre de maladies chroniques	
1	203 (31%)
2	214 (33%)
3	139 (22%)
4 ou plus	88 (14%)
Appareils concernés	
1. Cardiaque	180 (26%)
2. HTA	343 (49%)
3. Vasculo-hématopoïétique	64 (9%)
4. Respiratoire	103 (15%)
5. Ophtalmologique et ORL	39 (6%)
6. Gastro-intestinal supérieur	49 (7%)
7. Gastro-intestinal inférieur	55 (8%)
8. Hépatique	22 (3%)
9. Rénal	26 (4%)
10. Génito-urinaire	47 (7%)
11. Troubles musculo-squelettiques	140 (20%)
12. Nerveux central et périphérique	57 (8%)
13. Endocrino-métabolique	287 (41%)
14. Troubles psychiatriques/comportementaux	98 (14%)
Délai depuis le diagnostic de la maladie la plus ancienne (années)	11 [6 ; 20]
Nombre de traitements pris au long cours	3 [2 ; 6]
Consultation liée aux maladies chroniques du patient	567 (82%)

On remarque que 69% des patients sont suivis pour au moins de 2 maladies chroniques. En moyenne la population consulte le MG depuis 11 ans pour le suivi de leur maladie chronique. Dans 82% des cas, la consultation est liée aux maladies chroniques du patients. Finalement, la population prend en moyenne 3 lignes de traitements.

III. Analyse multivariée de la qualité de vie liée à la santé :

Une analyse multivariée a été effectuée pour évaluer les facteurs prédictifs du score de santé générale du profil de santé DUKE. Après sélection des covariables candidates, 597 patients ont été inclus. Les patients dont le questionnaire CARE MG ou pharmacien manquait ont été exclus ainsi que ceux dont le score DUKE manquait.

Tableau 7 : Analyse multivariée de la qualité de vie liée à la santé du score de DUKE selon des covariables d'intérêt

Covariable	Pente	IC95%	p
Patient de genre féminin	-7.23	[-9.73 ; -4.74]	<0.0001
Le patient habite seul	-5.05	[-8.01 ; -2.10]	0.0008
Score compétences émotionnelles (pour 5 points)	7.93	[5.81 ; 10.05]	<0.0001
Observance	Réf.		0.0003
Bonne	-3.20	[-5.82 ; -0.59]	
Moyenne	-8.04	[-12.01 ; -4.07]	
Mauvaise			
Gestion des traitements	Réf.		0.009
Patient	-6.43	[-14.59 ; 1.73]	
Aidant familial	-17.74	[-30.67 ; -4.81]	
Infirmier·e / autre aidant			
Nombre de consultations MG	Réf.		<0.0001
2 : 4 à 6 fois	0.65	[-7.90 ; 9.20]	
0 : 1 fois	2.45	[-1.43 ; 6.34]	
1 : 2 à 3 fois	-4.86	[-7.80 ; -1.92]	
3 : 7 à 12 fois	-7.92	[-11.84 ; -4.01]	
4 : > 12 fois			
Appareil concerné : vasculo-hématopoïétique	-4.97	[-8.96 ; -0.98]	0.01
Appareil concerné : TMS	-4.02	[-7.07 ; -0.96]	0.01
Appareil concerné : psy	-7.32	[-10.84 ; -3.80]	<0.0001
Nombre total de traitements	-0.78	[-1.21 ; -0.35]	0.0004
CARE total pharmacien (pour 1 point)	0.17	[0.00 ; 0.34]	0.04
CARE total MG (pour 1 point)	0.07	[-0.12 ; 0.26]	0.49

A. Score empathie CARE et qualité de vie liée à la santé :

On ne met pas en évidence de lien entre le score DUKE santé générale et l'empathie des MG selon le score CARE avec une pente à 0,07 et un intervalle [-0.12 ; 0.26]. On met un évidence un lien entre empathie des pharmaciens selon le score CARE et le score de DUKE santé générale avec une pente à 0,17 et un intervalle [0.00 ; 0.34]. Une augmentation de 1 point du score CARE pharmacien permet une augmentation d'environ 0,2 point de santé générale du score DUKE.

B. Facteurs prédictifs du score DUKE santé générale :

1. Covariables liés aux patients :

Dans cette étude, on met en évidence un lien entre genre et le score DUKE santé générale, un sujet de genre féminin ayant alors un score diminué d'environ 7 points (IC 95% [-9.73 ; -4.74]).

On met en évidence un lien entre le score compétence émotionnelle et le score DUKE santé générale. Pour une augmentation de 5 points du score de compétence émotionnelle on remarque une augmentation de presque 8 points du score DUKE santé générale. (IC 95% [5.81 ; 10.05]).

On met en évidence un lien entre le score DUKE de santé Générale et le mode de vie du patient. Un patient habitant seul ayant un score diminué de 5 points (IC95% [-8.01 ; -2.10]).

On met finalement en évidence un lien entre le nombre de consultation du MG et le score DUKE santé générale. Au-delà de 7 consultations, plus on consulte le MG plus le score de DUKE santé générale diminue. Par exemple, si le patient consulte plus de

12 fois le MG, le score DUKE santé générale diminue d'environ 8 points (IC95% [-11.84 ; -4.01]).

2. Covariables liées aux traitements :

On met en évidence un lien entre l'observance thérapeutique et le score DUKE santé générale. Moins le patient est observant plus le score de DUKE santé générale diminue. Si le patient a une mauvaise observance le score de DUKE diminue de 8 points (IC95% [-12.01 ; -4.07]).

On met en évidence un lien entre la gestion des traitements et le score de DUKE santé générale. Le score DUKE santé générale diminue si le traitement est géré par une tierce personne. Par exemple, si la gestion du traitement se fait par une infirmière ou un autre aidant le score DUKE santé générale diminue de presque 18 points (IC95% [-30.67 ; -4.81]).

3. Covariables liées aux maladies chroniques :

Dans cette étude il a été mis en évidence un lien entre les appareils vasculo-hématopoïétique, TMS et TPC et le score DUKE santé générale. Par exemple, pour un patient étant suivi pour une maladie psychiatrique une diminution de 7 points du score DUKE est constatée (IC95% [-10.84 ; -3.80]).

DISCUSSION

Pour rappel cette étude avait pour objectif de mettre en évidence un lien entre l'empathie des professionnels de santé et la qualité de vie liée à la santé selon le profil de DUKE.

I. Résultats principaux :

L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence un lien entre la qualité de vie selon le profil de DUKE et l'empathie des MG selon le questionnaire CARE. Notre étude n'a pas mis en évidence de lien entre l'empathie et le score DUKE santé générale avec une pente à 0,07 (IC95% [-0.12 ; 0.26]) avec un $p=0,49$.

L'objectif secondaire de l'étude était de mettre en évidence un lien entre la qualité de vie selon le profil de DUKE et l'empathie des pharmaciens selon le questionnaire CARE. Notre étude a mis en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et le score DUKE santé générale avec une pente à 0,17 (IC95% [0.00 ; 0.34]) avec un $p<0,05$.

II. Validé interne de l'étude :

A. Faiblesses de la méthode :

1. Biais de sélection :

a) Recrutement des médecins généralistes :

Lors du recrutement des MG, le tirage au sort des MG ainsi qu'un recrutement selon une procédure standardisée a permis de limiter le biais de sélection. Cependant, ce

biais ne peut pas être entièrement exclu, car il est possible que les répondants à l'étude étaient plus intéressés par le sujet. On peut également extrapoler que ces médecins, se sentant plus concernés, pouvaient disposer d'un niveau d'empathie différent de celui du reste de la population de MG.

b) Recrutement des patients :

Lors du recrutement des patients ayant une maladie chronique, il pouvait exister un biais de sélection. Par exemple le médecin pouvait choisir les patients avec qui il avait le plus d'affinité. Afin de limiter ce biais, le recrutement de chaque patient a été effectué de manière consécutive au cours de la journée de consultation. Ce biais ne peut cependant pas être entièrement exclu.

2. Biais de déclaration :

Les patients étaient recrutés par leur médecin traitant et devaient répondre à un questionnaire mesurant l'empathie de leur médecin. Les patients ont pu surestimer l'empathie perçue par crainte que le médecin ait accès à ces résultats. Pour limiter le biais de déclaration, le questionnaire était anonyme et la remise de celui-ci s'effectuait dans une urne scellée non accessible au MG. De plus, l'utilisation d'un hétéro-questionnaire pour évaluer l'empathie, comme le CARE permettait d'éviter la sous-estimation ou au contraire la surestimation de l'empathie par le soignant. Par ailleurs, il pouvait exister un biais de désirabilité sociale, en effet le médecin pouvait se montrer « plus empathique » qu'habituellement. Pour éviter ce biais le médecin devait recruter de manière consécutive les patients et le patient devait évaluer le MG sur l'ensemble des consultations déjà eues.

3. Biais d'observation :

Dans cette étude un biais d'observation, ou encore appelé « effet Hawthorne » peut exister. En effet, lors du recrutement des patients, le médecin pouvait porter une attention plus particulière sur son empathie parce qu'il allait être évalué. Pour limiter ce biais, le MG devait proposer l'étude au patient seulement à la fin de la consultation. De plus, il était demandé au patient d'évaluer son médecin traitant sur l'ensemble des consultations et non uniquement sur celles du jour du recrutement.

4. Biais de confusion :

Pour limiter les biais de confusion, une analyse multivariée a été effectuée avec ajustements sur les covariables candidates. Tout comme le genre féminin, les compétences émotionnelles évaluées via des items du questionnaire S-PEC peuvent faire varier l'empathie perçue. Un patient ayant des hautes compétences émotionnelles peut percevoir l'empathie de façon positive et à l'inverse, l'empathie peut être perçue de façon négative pour un patient ayant de moins bonnes compétences émotionnelles (99,100).

B. Force de la méthode :

1. Échantillonnage :

Notre population cible correspondait aux patients ayant une maladie chronique. Afin d'obtenir un échantillon représentatif, un tirage au sort des MG installés dans le NPDC a été effectué. Puis un recrutement des MG et des patients a été effectué de manière consécutive jusqu'à obtenir un nombre de sujet défini. D'après les chiffres de l'INSEE en 2019, la population des patients du NPDC de notre étude est proche de la population nationale selon le critère sexe (101). De plus, si on compare à la population

française déclarant une ALD la population cible est similaire sur les critères du sexe et de l'âge (102).

2. Puissance de l'étude :

788 patients ont été recrutés. Après exclusion des questionnaires patients présentant trop de données manquantes, il nous restait un échantillon de 700 patients, soit 88% de données exploitables. Le taux de données manquantes est probablement lié à la longueur du questionnaire et à la contrainte de devoir le remplir à l'issue immédiate d'une consultation. Cependant, l'utilisation du questionnaire du profil de santé de DUKE nous a probablement permis de diminuer le nombre de données manquantes. En effet, ce questionnaire validé est rapide à réaliser et facile de compréhension, contrairement à d'autres questionnaires comme le SF-36 qui est plus long (55). Malgré tout, l'échantillon obtenu étant conséquent, il a permis l'obtention de résultats pertinents.

3. Utilisation de scores validés :

a) Score de DUKE :

La robustesse de notre étude est aussi due à l'utilisation de scores validés dans la littérature. En effet, la qualité de vie liée à la santé a été mesurée par le profil de santé de DUKE, score validé et traduit en français depuis 1995 (62). De plus, ce questionnaire a été utilisé comme outil de mesure de la qualité de vie dans le baromètre santé de 2005 (103) et proposé comme un outil de mesure générique de la qualité de vie par l'HAS (104).

b) Score CARE :

Pour évaluer l'empathie du médecin et du pharmacien nous avons utilisé le questionnaire CARE de SW. Mercer. Ce questionnaire a été validé et utilisé à plusieurs reprises (41,45). Il est souvent utilisé en France pour l'évaluation de l'empathie des soignants (47,105). De plus, SW. Mercer dans la version chinoise du CARE a montré qu'un minimum de 15 questionnaires suffisaient pour évaluer l'empathie du médecin (106). Le score CARE évalue l'empathie de 10 à 50 points. Un score à 10 est considéré comme une empathie faible et un score à 50 est considéré comme une empathie élevée.

c) Score de Girerd :

Enfin, nous avons utilisé le score de Girerd pour mesurer l'observance thérapeutique, déjà validé pour les patients ayant un traitement antihypertenseur pour l'hypertension artérielle qui est une maladie chronique (107). Par extension, on peut considérer le score de Girerd comme applicable à notre population de patients ayant une maladie chronique.

4. Critères de non-inclusion :

Il a été décidé de ne pas inclure les MG MSU des externes car ils n'ont la même formation que les MSU des internes. Ce critère était important pour une étude ancillaire.

III. Validité externe de l'étude :

A. Représentativité de la population cible :

Nous avons utilisé un échantillon de la population du NPDC grâce au recrutement de 50 MG qui devaient chacun recruter 25 patients. Dans les caractéristiques de notre étude on constate que 53% des patients sont de sexe féminin et que l'âge moyen est de 62 ans. Si l'on compare ces caractéristiques aux données de celles de l'Assurance Maladie concernant les patients bénéficiant du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée ALD en 2016, on constate une similitude des caractéristiques. En effet en 2016, il y avait dans cette population 51% de femmes et l'âge moyen était de 63 ans (102). Concernant le niveau d'étude, si l'on compare notre population à la moyenne nationale, on remarque que 20% des patients sont titulaire d'un Brevet des collèges ou du CEP dans notre étude versus 20,6% à l'échelle nationale. De plus, dans notre étude 14% sont diplômés de l'enseignement supérieur vers 13,2% dans la population nationale (108). On peut donc supposer ici que notre échantillon est probablement représentatif de la population française des patients présentant une ALD.

B. Analyses des résultats :

1. Résultat principal :

Dans cette étude il n'a pas été mis en évidence de lien entre l'empathie perçue des MG et la qualité de vie liée à la santé des patients ayant une maladie chronique selon le score de DUKE. Les résultats de notre étude ne concordent pas forcément avec ceux de la littérature.

Une étude réalisée en Espagne montre qu'il existe une association significative entre l'empathie des médecins et la qualité de vie liée à la santé des patients ayant une douleur chronique (109). Ces résultats sont cependant critiquables. Même s'il y a une association significative l'effet reste faible : pour 1 point d'empathie du score JSPPPE (allant jusque 35) il y a une augmentation du score de qualité de vie EQ-5D de seulement 0,007 point sur 1. De plus, cette étude espagnole n'est pas totalement extrapolable à notre travail, puisque les populations cibles ne sont pas les mêmes.

Une autre étude réalisée cette fois-ci en France, met en évidence une association significative entre l'empathie des oncologues et la qualité de vie émotionnelle du patient ayant un cancer (105). Cependant, seule la dimension « émotionnelle » de la qualité de vie liée à la santé a été évaluée, on ne peut donc pas comparer ces résultats ensemble puisque notre étude évalue la qualité de vie liée à la santé selon 10 dimensions. De plus, dans cette étude il a été mis en évidence qu'un haut niveau d'empathie lors de la consultation d'annonce du diagnostic était associée à un taux de survie diminué des patients.

On peut donc supposer au travers de ces études, que l'association entre l'empathie des médecins et la qualité de vie liée à la santé des patients ayant une maladie chronique est plus complexe que ce que l'on pense. Une hypothèse serait que la qualité de vie liée à la santé des patients dépend d'autres facteurs probablement propres aux patients eux-mêmes. En effet, une étude montre que pour un patient suivi pour des hémodialyses il existe une association significative entre l'empathie du patient et sa qualité de vie liée à la santé (110). Finalement, on peut faire l'hypothèse que l'empathie du soignant a un impact moins important que les autres covariables et donc il ne ressortirait pas de lien dans le modèle.

2. Résultats secondaires :

a) *Empathie des pharmaciens et qualité de vie liée à la santé :*

Cette étude met en évidence un lien entre le score de DUKE et le score d'empathie CARE des pharmaciens. A ce jour, il n'existe pas d'autres études évaluant l'association entre l'empathie des pharmaciens et la qualité de vie liée à la santé. Cependant, même si l'on a mis en évidence un lien statistiquement significatif entre l'empathie et la qualité de vie, la taille de l'association est faible et questionne sur sa pertinence clinique. En effet, pour 1 point d'empathie en plus on augmente de 0,17 point la qualité de vie (score sur 100).

b) *Score de qualité de vie liée à la santé :*

L'étude montre qu'un sujet de genre féminin a un score de santé générale plus bas que le genre masculin. Ce résultat est concordant avec les résultats évaluant la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique comme le diabète de type 2 ou l'insuffisance rénale chronique (94,111).

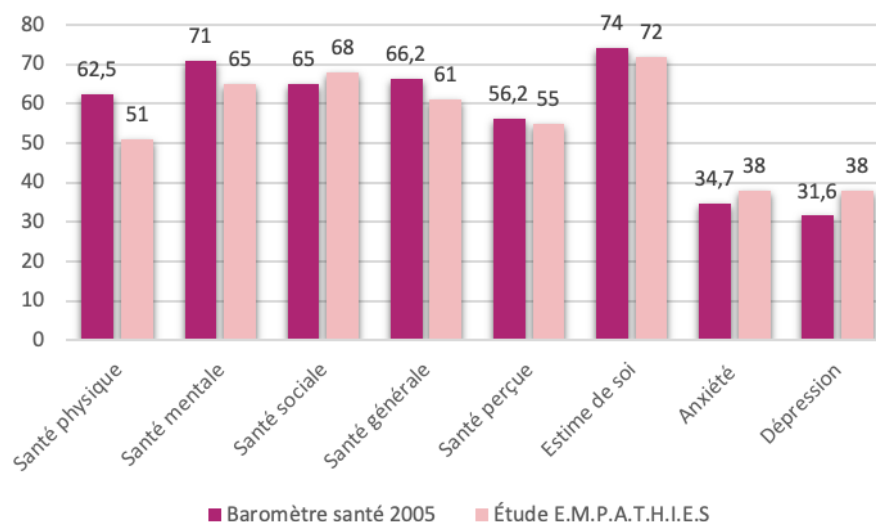


Figure 3: Représentation graphique du score DUKE du Baromètre santé de 2005 et du score DUKE de l'étude E.M.P.A.T.H.I.E.S

Un graphique représentant la tendance du score de DUKE a été réalisé entre les résultats du Baromètre santé de 2005 (population ayant au moins une maladie

chronique) et les résultats de notre étude E.M.P.A.T.H.I.E.S (Cf. Figure 3). On remarque que les résultats semblent similaires pour certaines dimensions comme la dimension santé générale, santé perçue ou estime de soi. Cependant ces résultats sont à nuancer : 10 ans séparent ces deux études et, à notre connaissance, il n'existe pas de données plus récentes à ce sujet.

c) Score CARE empathie :

Les MG de l'étude avaient un score d'empathie médian à 45 [39 ; 50]. Comparé à la littérature, ce score est plus élevé en moyenne de 5 points (43). On peut expliquer ce résultat par le fait que notre population cible concernait des patients ayant une maladie chronique et nécessitant un suivi au long cours du MG. Ces patients consultent depuis plusieurs années le même MG et l'ont choisi, établissant ainsi une relation « médecin-patient » et confondant peut-être le terme empathie avec sympathie. De plus, il existait un biais de sélection des patients par les MG ce qui peut expliquer une surestimation du score, ainsi qu'un biais de sélection des MG. Finalement, on peut supposer que les MG ayant accepté de participer à l'étude pouvaient se sentir plus concernés par la thématique de l'empathie, et donc être plus empathiques.

d) Caractéristiques liées à la gestion de la maladie chronique :

Il est mis en évidence une association entre observance et qualité de vie liée à la santé. En effet, moins le patient est observant et plus le score de DUKE est diminué. Ces données correspondent à ce que suppose l'OMS « *l'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments (...) elle diminue la qualité de vie des patients...* » (112). Cette idée est à nuancer, l'observance peut peut-être diminuer

parce que le patient considère son « *traitement comme un fardeau* », comme l'a décrit une étude française parue en 2013 (113).

De plus, on met en évidence un lien entre la diminution de la qualité de vie et la gestion des traitements par une tierce personne. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que l'état de santé du patient est souvent plus fragile dans les cas où une tierce personne intervient dans la gestion du traitement.

e) *Maladies chroniques et qualité de vie liée à la santé :*

Dans cette étude, il a été mis en évidence un lien significatif entre qualité de vie liée à la santé et maladies affectant l'appareil vasculo-hématopoïétique, troubles musculo-squelettiques et appareil psychiatrique/troubles comportements. Une étude indienne récente a montré que la dépression était corrélée significativement avec une baisse de la qualité de vie (114).

Notre étude ne montrait pas de lien significatif évident entre les autres appareils et la qualité de vie. Ces résultats ne concordent pas avec ceux de la littérature. En effet, il est prouvé que des patients atteints d'insuffisance rénale chronique ou encore de diabète avaient une qualité de vie liée à la santé diminuée (65,93). Ces différences peuvent s'expliquer par un biais de classement déclaratif de type mémorisation lorsque le MG devait indiquer « *de quel appareil relève la maladie chronique* » selon la classification CIRS (115).

V. Conflits d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en rapport avec cette question de recherche.

VI. Perspective :

A. Formation à l'empathie :

Même si nous n'avons pas montré de lien entre l'empathie des soignants et la qualité de vie liée à la santé, l'empathie reste positive. En effet, plusieurs études, ont montré l'impact positif de l'empathie du soignant sur les patients (43,90). Étant donné que le niveau d'empathie n'est pas figé et qu'il peut évoluer, il serait intéressant d'améliorer la formation de l'empathie dans les études médicales.

A la faculté de médecine de Lille, la plupart des cours sur l'empathie sont regroupés dans les modules sur la relation patient-médecin et les sciences humaines et sociales, mais il n'existe pas de cours dédiés spécifiquement à l'empathie à notre connaissance. Lors de l'internat de médecine générale, il existe des modules sur la communication et la relation avec le patient où l'empathie du soignant est brièvement abordée. Cependant, il n'existe pas de modules qui lui sont dédiés.

Aux États-Unis, une étude a montré qu'il existait un déclin de l'empathie dans les études médicales, particulièrement en troisième année (116). Ceci nous rappelle l'importance d'un apprentissage théorique et pratique sur l'empathie lors du deuxième cycle des études médicales. De plus, une étude allemande a interrogé des étudiants sur ce qui influencerait leur empathie au cours de leurs cursus. Il en est ressorti un besoin d'apprendre plus tôt les comportements empathiques et la communication médecin-patient (117).

Pour le Dr Maeker, il est établi que les formations spécifiques de l'empathie sont utiles à la fois aux étudiants mais aussi aux professionnels de santé (118).

Cet apprentissage pourrait se faire sous la forme de groupe Balint. En effet, une étude a montré une augmentation des capacités empathiques des étudiants de médecine, en s'entraînant sur des cas basés sur les groupes Balint (119). Cependant, une étude parisienne montre l'intérêt de répéter dans le temps ces formations car l'empathie perçue diminuerait au cours du temps (120).

Une autre alternative serait la mise en place concrète de jeux de rôle ciblés sur l'empathie. Plusieurs études ont montrés l'impact positif des jeux de rôle dans l'apprentissage de l'empathie (121–123).

La formation à l'empathie ne devrait pas seulement se faire lors de la formation médicale initiale. En effet, il peut exister une variation d'empathie du MG en fonction de sa carrière. Une étude au Danemark a montré une diminution du score d'empathie des MG en fonction de l'âge (124). Même s'il existe des biais de confusion à cette étude, cela sous-tend la nécessité de se former à l'empathie tout au long de sa carrière. On peut probablement extrapoler cette hypothèse aux MG. Il serait donc intéressant d'évaluer de manière longitudinale l'empathie des MG. Un déclin de celle-ci pourrait motiver à une formation continue à l'empathie.

B. Confirmer l'hypothèse principale :

L'objectif de cette étude était de déterminer s'il existait une association entre l'empathie perçue du MG et la qualité de vie liée à la santé de leurs patients. Même si nous n'avons pas montré d'association entre la qualité de vie liée à la santé selon le profil de DUKE et l'empathie des MG, il est important de confirmer ou d'infirmer ce résultat en reproduisant cette étude et en modifiant la population cible ou les outils utilisés.

1. Extrapolation à la population nationale :

Notre étude concernait les patients ayant une maladie chronique parmi la patientèle de 50 médecins du NPDC. Nous avons pu voir que la population de notre échantillon avait certaines caractéristiques de la population générale (102,108). Il serait intéressant de voir si ces données retrouvées dans le NPDC sont les mêmes dans tout le territoire français. On pourrait donc reproduire cette étude à l'échelle nationale mais en ciblant tous les patients consultant le MG et pas seulement ceux ayant une maladie chronique.

2. Standardisation du questionnaire :

Comme vu dans différentes revues de littérature, un consensus sur l'utilisation d'un questionnaire universel et standardisé mesurant la qualité de vie devrait d'abord être réalisé (125–128). En effet, il paraît difficile de comparer les différentes échelles de mesures entre elles et d'en choisir une comme référence.

3. Utilisation d'autres questionnaires :

A défaut d'avoir un questionnaire universel, pour confirmer nos résultats, on pourrait réaliser une nouvelle étude mesurant l'empathie via le questionnaire CARE et la qualité de vie liée à la santé, en utilisant les questionnaires les plus utilisés comme le SF-36 ou WHOQOL-BREF (67).

De plus, pour confirmer nos résultats on pourrait aussi reproduire l'étude en utilisant le score de qualité de vie DUKE mais cette fois-ci en évaluant l'empathie selon le questionnaire JSPPE qui est également un hétéro-questionnaire validé (49).

CONCLUSION

Depuis plusieurs années la recherche médicale s'intéresse à l'influence de l'empathie des soignants. Plusieurs études ont montré l'impact positif de l'empathie du MG sur la prise en charge d'un patient ayant un diabète de type 2, d'un patient ayant des migraines ou encore sur la baisse du taux de LDL-c. En parallèle, les maladies chroniques sont en constante augmentation et les autorités de santé s'intéressent de plus en plus à l'amélioration de la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique.

Il était donc intéressant de chercher s'il existait une association entre l'empathie des MG et la qualité de vie liée à la santé des patients. Notre étude n'a pas mis en évidence de lien entre l'empathie des MG dans le NPDC et la qualité de vie liée à la santé selon le profil de DUKE des patients ayant une maladie chronique.

Une des explications à ce résultat serait que la qualité de vie liée à la santé dépendrait davantage de facteurs propres aux patients qu'à l'empathie du MG. Notre étude montre bien que les facteurs déterminants la qualité de vie liée à la santé sont complexes. Il serait intéressant de confirmer ces résultats en reproduisant l'étude avec l'utilisation d'autres questionnaires standardisés comme le JPPPSE pour évaluer l'empathie et le SF-36 ou WHOQOL-BREF pour évaluer la qualité de vie.

Ces résultats ne remettent cependant pas en cause la nécessité de former les médecins et les étudiants à l'empathie, car celle-ci reste essentielle à la relation médecin-patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vischer R. Über das optische Formgefühl. Ein Beitrag zur Ästhetik. Leipzig: Herman Credner; 1873.
2. Lipps T, Galland-Szymkowiak M. Traduction de l'article de Theodor Lipps : "Le savoir d'autres Moi (Das Wissen von fremden Ichen)" (1907) [Internet]. 2015 [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01651992>
3. Rogers CR. Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*. juin 1975;5(2):2-10.
4. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1992;24(4):273-80.
5. Decety J, Jackson PL. The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*. juin 2004;3(2):71-100.
6. Dictionnaire Larousse. Définitions : empathie [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
7. Cuff BMP, Brown SJ, Taylor L, Howat DJ. Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*. avr 2016;8(2):144-53.
8. Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, 14, 698–718. doi:10.1016/j.concog.2005.06.004.
9. Hojat M, DeSantis J, Gonnella JS. Patient Perceptions of Clinician's Empathy: Measurement and Psychometrics. *Journal of Patient Experience*. juin 2017;4(2):78-83.
10. Clark, A. J. (2010). Empathy and sympathy: Therapeutic distinctions in counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 32, 95–101.
11. Decety, J., & Michalska, K. J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science*, 13(6), 886–899. doi:10.1111/j.1467-7687.2009.00940.x.
12. Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314–321. doi:10.1037/0022-3514.50.2.314.
13. Decety J. The neuroevolution of empathy: Neuroevolution of empathy and concern. *Annals of the New York Academy of Sciences*. août 2011;1231(1):35-45.
14. Davidson RJ. Dysfunction in the Neural Circuitry of Emotion Regulation--A Possible Prelude to Violence. *Science*. 28 juill 2000;289(5479):591-4.

15. Shamay-Tsoory SG, Tomer R, Goldsher D, Berger BD, Aharon-Peretz J. Impairment in Cognitive and Affective Empathy in Patients with Brain Lesions: Anatomical and Cognitive Correlates. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. nov 2004;26(8):1113-27.
16. Duval C, Piolino P, Bejanin A, Laisney M, Eustache F, Desgranges B. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*. 2011;3(1):41.
17. Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med*. 15 mai 1992;116(10):843-6.
18. Batson CD, Fultz J, Schoenrade PA. Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality*. 1987;55(1):19-39.
19. Albiero P, Matricardi G, Speltri D, Toso D. The assessment of empathy in adolescence: A contribution to the Italian validation of the "Basic Empathy Scale". *Journal of Adolescence*. avr 2009;32(2):393-408.
20. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*. mars 2009;132(3):617-27.
21. Preston SD, de Waal FBM. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci*. févr 2002;25(1):1-20.
22. Singer T, Critchley HD, Preuschoff K. A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty. *Trends in Cognitive Sciences*. août 2009;13(8):334-40.
23. Batson CD. Two forms of perspective taking: Imagining how another feels and imagining how you would feel. In: Markman KD, Klein WMP, Suhr JA, éditeurs. *Handbook of imagination and mental simulation*. New York, NY US: Psychology Press; 2009. p. 267-79.
24. Larousse É. Définitions : sympathie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sympathie/76073>
25. Tisseron S, Bass H-P. L'empathie, au cœur du jeu social. *Le Journal des psychologues*. 1 mai 2011;n° 286(3):20-3.
26. Eisenberg N, Strayer J. *Empathy and Its Development*. CUP Archive; 1990. 422 p.
27. Singer T, Lamm C. The Social Neuroscience of Empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. mars 2009;1156:81-96.
28. Hein G, Singer T. I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Current Opinion in Neurobiology*. avr 2008;18(2):153-8.
29. Larousse É. Définitions : compassion - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compassion/17625>

30. Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, et al. Compassion in Health Care: An Empirical Model. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 févr 2016;51(2):193-203.
31. Way D, Tracy SJ. Conceptualizing Compassion as Recognizing, Relating and (Re)acting: A Qualitative Study of Compassionate Communication at Hospice. *Communication Monographs*. 1 sept 2012;79(3):292-315.
32. Sinclair S, Beamer K, Hack TF, McClement S, Raffin Bouchal S, Chochinov HM, et al. Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med*. mai 2017;31(5):437-47.
33. Comprendre le rôle des émotions dans la résolution des conflits - Le Journal - UNIGE [Internet]. 2013 [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/lejournel/numeros/93/article1/>
34. Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307–316.
35. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. janv 1983;44(1):113-26.
36. Gilet A-L, Mella N, Studer J, Grün D, Labouvie-Vief G. Assessing dispositional empathy in adults: A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2013;45(1):42-8.
37. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*. juill 2004;34(5):911-9.
38. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann J, et al. Jefferson Scale of Physician Empathy [Internet]. American Psychological Association; 2011 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t06851-000>
39. Hojat M, LaNoue M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *Int J Med Educ*. 20 avr 2014;5:73-81.
40. Konrath S, Meier BP, Bushman BJ. Development and validation of the Single Item Trait Empathy Scale (SITES). *J Res Pers*. avr 2018;73:111-22.
41. Mercer SW. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*. 1 oct 2004;21(6):699-705.
42. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ*. 25 juill 2007;7:24.
43. Howick J, Steinkopf L, Ulyte A, Roberts N, Meissner K. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Med Educ*. 21 août 2017;17(1):136.
44. Eby D. Empathy in general practice: its meaning for patients and doctors. *Br J Gen Pract*. sept 2018;68(674):412-3.

45. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract.* 1 juin 2005;22(3):328-34.
46. Hermans L, Olde Hartman T, Dielissen PW. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: a cross-sectional study in primary care. *British Journal of General Practice.* sept 2018;68(674):e621-6.
47. Betari B. Évaluation d'une formation à la relation thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 mesurée à partir d'un cas clinique fictif. :61.
48. Alnoman NNH. A Study of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure for Medical Students. :271.
49. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J.* févr 2007;48(1):81-6.
50. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Medical Education.* 14 déc 2010;1:83-7.
51. Evaluation des technologies de la santé à la HAS : place de la qualité de vie. 2018 juill p. 8.
52. Benamouzig D. Mesures de qualité de vie en santé: Un processus social de subjectivation?? *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem.* 2010;4(1):135.
53. Launois R, Reboul-Marty J. « La Qualité de Vie : Approche Psychométrique & Approche Utilité- Préférence ». :9.
54. Guillemin F. « Le concept de qualité de vie liée à la santé », *Rev.Rhum.*, 1995, 62(bis), 3s-5s.
55. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ.* 18 juill 1992;305(6846):160-4.
56. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. :11.
57. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment.* 1998.
58. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* déc 1990;16(3):199-208.
59. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine.* juin 1998;46(12):1569-85.
60. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* mai 1998;28(3):551-8.
61. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse C-KJ. The DUKE Health Profile: A 17-Item Measure of Health and Dysfunction. *Medical Care.* 1990;28(11):1056-72.

62. Guillemin F, Paul-Dauphin A, Virion JM, Bouchet C, Briançon S. [The DUKE health profile: a generic instrument to measure the quality of life tied to health]. *Sante Publique*. mars 1997;9(1):35-44.
63. Novella JL, Ankri J, Morrone I, Guillemin F, Jolly D, Jochum C, et al. Evaluation of the Quality of Life in Dementia with a Generic Quality of Life Questionnaire: The DUKE Health Profile. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2001;12(2):158-66.
64. Baromètres de Santé publique France [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: /etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france
65. Nygren - Les échelles de qualité de vie des adolescents en .pdf [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02472397/file/These-Medecine_generale-2020-NYGREN_Brendan.pdf
66. Papazafiropoulou AK, Bakomitrou F, Trikillinou A, Ganotopoulou A, Verras C, Christofilidis G, et al. Diabetes-dependent quality of life (ADDQOL) and affecting factors in patients with diabetes mellitus type 2 in Greece. *BMC Res Notes* [Internet]. 15 déc 2015 [cité 23 août 2020];8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4678457/>
67. the LIVSFORSK network, Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. oct 2019;28(10):2641-50.
68. OMS | Maladies chroniques [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 20 août 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
69. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques. Rapport 2009 HCSP.
70. Audition de Nicolas Revel, Directeur général de la CNAM, devant la section des affaires sociales et de la santé le 23 janvier 2019. Ce chiffre est en cohérence avec le niveau des déclarations de maladies ou problèmes de santé chronique ou à caractère durable, qui s'élève, en métropole, à 34 % (Santé Publique France).
71. Michel Chassang et Anne Gautier. Les maladies chroniques. Rapport 2019 du CESE.
72. Kalliopi Megari. Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research* 2013; volume 1:e27.
73. Démographies des professionnels de santé. Dossier de Presse. DREES [Internet]. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf
74. Place du médecin généraliste, en France, dans le parcours de soins des maladies chroniques - ProQuest [Internet]. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: <https://search.proquest.com/openview/eba4f71690ea521732afb8f3fe4ff165/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2069168>
75. Petitjean L. Multifactorial analysis of consultations in general medicine in Paris. Study on 2140 consultations for 1200 patients [Internet] [Theses]. Université Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2000 [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01649884>

76. La définition européenne de la médecine générale. WONCA Europe 2002 [Internet]. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: https://conseil25.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-562/1/wonka_-_mg.pdf
77. Fournier C, Buttet P. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. 2009;39.
78. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
79. Ministère des solidarités et de la santé. Avenants à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine [Internet]. Ameli.fr. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>
80. Buttard A, Macé F, Morvan L, Peyron C. Community pharmacists in the coordination of primary cares in France: some issues [Internet]. 2019 [cité 27 août 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02022686>
81. Cespharm - Rôle du pharmacien [Internet]. [cité 27 août 2020]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
82. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
83. Haut Conseil de la santé publique. Rapport. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. nov 2009.
84. Guide de conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-03/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_d_e_sante_0.pdf
85. C.Larnaudie La prescription sub-optimale chez la personne âgée: projet de conciliation médicamenteuse en Nord-Pas-De-Calais, Thèse Université de Lille [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/28b7e3bc-a843-40b4-a48a-42c1e169a1e2>
86. Lussier M-T, Richard C. Le médecin de famille doit-il être empathique? Can Fam Physician. août 2010;56(8):744-6.
87. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. International Journal of Medical Education. janv 2010;1:83-7.
88. Halpern J. What is clinical empathy? J Gen Intern Med. août 2003;18(8):670-4.
89. Jeffrey D. Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? J R Soc Med. déc 2016;109(12):446-52.

90. Canale SD, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*. sept 2012;87(9):1243-9.
91. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients: *Academic Medicine*. mars 2011;86(3):359-64.
92. Dambha-Miller H, Feldman AL, Kinmonth AL, Griffin SJ. Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study. *Ann Fam Med*. 7 janv 2019;17(4):311-8.
93. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action 2008-2012 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. OMS; 2010.
94. Boini S, Bloch J, Briançon S. Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale. :70.
95. Rapport du Haut conseil de la sante publique, avril 2010, page 53-54.
96. Lelorain S, Cattan S, Lordick F, Mehnert A, Mariette C, Christophe V, et al. In which context is physician empathy associated with cancer patient quality of life? *Patient Educ Couns*. juill 2018;101(7):1216-22.
97. Meyer-Junco L. Empathy and the new practitioner. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 1 déc 2015;72(23):2042-58.
98. Jubraj B, Barnett NL, Grimes L, Varia S, Chater A, Auyeung V. Why we should understand the patient experience: clinical empathy and medicines optimisation. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2016;24(5):367-70.
99. Nalbant K, Kalaycı BM, Akdemir D, Akgül S, Kanbur N. Emotion regulation, emotion recognition, and empathy in adolescents with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 1 oct 2019;24(5):825-34.
100. Yoo W, Namkoong K, Choi M, Shah DV, Tsang S, Hong Y, et al. Giving and Receiving Emotional Support Online: Communication Competence as a Moderator of Psychosocial Benefits for Women with Breast Cancer. *Comput Human Behav*. janv 2014;30:13-22.
101. Données socio-démographiques de la population des Hauts-de-France (édition 2019) [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/content/download/64262/421651/file/Chiffres-CI%C3%A9s%202019.pdf>
102. Personnes en affection de longue durée (ALD) - data.gouv.fr [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: [/fr/datasets/personnes-en-affection-de-longue-duree-ald/](https://data.gouv.fr/datasets/personnes-en-affection-de-longue-duree-ald/)
103. Gautier A, Kubiak C, Collin J-F. Qualité de vie : une évaluation positive. 2005;30.
104. Haute Autorité de Santé : Qualité de vie & Infarctus du myocarde Programme Pilote « Infarctus du myocarde » des 1ers signes à 1 an de suivi ambulatoire . Rapport 2013. 2013;32.

105. Lelorain S, Cortot A, Christophe V, Pinçon C, Gidron Y, Lelorain S, et al. Physician Empathy Interacts with Breaking Bad News in Predicting Lung Cancer and Pleural Mesothelioma Patient Survival: Timing May Be Crucial. *Journal of Clinical Medicine*. 17 oct 2018;7(10):364.
106. Mercer SW, Fung CSC, Chan FWK, Wong FYY, Wong SYS, Murphy D. The Chinese-version of the CARE measure reliably differentiates between doctors in primary care: a cross-sectional study in Hong Kong. *BMC Fam Pract*. 1 juin 2011;12:43.
107. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. [Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic]. *Presse Med*. 2001;30(21):1044-8.
108. Diplôme le plus élevé selon l'âge et le sexe | Insee [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416872#tableau-figure1>
109. Cánovas L, Carrascosa A-J, García M, Fernández M, Calvo A, Monsalve V, et al. Impact of Empathy in the Patient-Doctor Relationship on Chronic Pain Relief and Quality of Life: A Prospective Study in Spanish Pain Clinics. *Pain Medicine*. 1 juill 2018;19(7):1304-14.
110. Ye Y, Ma D, Yuan H, Chen L, Wang G, Shi J, et al. Moderating Effects of Forgiveness on Relationship Between Empathy and Health-Related Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Structural Equation Modeling Approach. *Journal of Pain and Symptom Management*. févr 2019;57(2):224-32.
111. Bourdel-Marchasson I, Briançon S, Druet C, Fagot-Campagna A. La qualité de vie des diabétiques de type 2 vivant en France métropolitaine : de multiples facteurs associés. *Entred* 2007. :6.
112. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
113. Tran V-T, Montori VM, Ravaud P. Is My Patient Overwhelmed?: Determining Thresholds for Acceptable Burden of Treatment Using Data From the ComPaRe e-Cohort. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 mars 2020;95(3):504-12.
114. Garg R, Kaur H. Quality of life among patients with depression: Impact of self-stigma. *Indian J Soc Psychiatry*. 2020;36(2):125.
115. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*. mai 1968;16(5):622-6.
116. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*. sept 2009;84(9):1182–1191.
117. Pohontsch NJ, Stark A, Ehrhardt M, Kötter T, Scherer M. Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Med Educ*. déc 2018;18(1):231.
118. Maeker E, Maeker-Poquet B. L'empathie peut-elle être enseignée aux soignants ? *Soins Gérontologie*. 2020;25.

119. Jaury P, Buffel du Vaure C, Bunge L, Galam E, Vincens M-E, Catu-Pinault A, et al. Groupes Balint de Formation à la Relation Thérapeutique chez les étudiants en 4^e année de médecine. Effets sur l'empathie clinique par un essai randomisé multicentrique contrôlé. *Psycho-Oncol.* mars 2018;12(1):8-12.
120. Michel M. Évaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 à 6 mois. :72.
121. Olivier L, Sterkenburg P, van Rensburg E. The effect of a serious game on empathy and prejudice of psychology students towards persons with disabilities. *Afr J Disabil [Internet]*. 28 mars 2019 [cité 14 mars 2020];8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6489198/>
122. Balez R, Berthou C, Carpentier F-G. Annoncer un lymphome : l'empathie dans la formation des étudiants en médecine. *Psycho Oncologie.* mars 2014;8(1):29-36.
123. Wünderich M, Schwartz C, Feige B, Lemper D, Nissen C, Voderholzer U. Empathy training in medical students – a randomized controlled trial. *Medical Teacher.* 3 oct 2017;39(10):1096-8.
124. Charles JA, Ahnfeldt-Mollerup P, Søndergaard J, Kristensen T. Empathy Variation in General Practice: A Survey among General Practitioners in Denmark. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. mars 2018 [cité 29 oct 2018];15(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5876978/>
125. Cella D, Nowinski CJ. Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* déc 2002;83:S10-7.
126. Bourdel N, Chauvet P, Billone V, Douridas G, Fauconnier A, Gerbaud L, et al. Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PLoS ONE.* 2019;14(1):e0208464.
127. Polinder S, Haagsma JA, Belt E, Lyons RA, Erasmus V, Lund J, et al. A systematic review of studies measuring health-related quality of life of general injury populations. *BMC Public Health.* déc 2010;10(1):783.
128. Chen T, Li L, Kochen MM. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *J Zhejiang Univ Sci.* sept 2005;6B(9):936-40.

ANNEXES

Annexe 1 - Guide recrutement des médecins généralistes

GUIDE DE RECRUTEMENT DU MEDECIN GENERALISTE :

- Appel téléphonique en début ou fin de journée pour éviter de perturber une consultation.
- Auprès du secrétariat : solliciter un entretien téléphonique rapide (maximum 5 minutes) afin de présenter le projet de recherche.
- En cas d'entretien auprès du médecin :
 - Présenter le projet comme une étude ambitieuse pour laquelle l'aide de CE médecin est nécessaire.
 - Résumer la thématique de l'étude : étudier les relations entre empathie du soignant (médecin ou pharmacien), observance thérapeutique, état de santé du patient, maîtrise de stage pour internes et tenue du médecin.
 - Insister sur le fait que ce médecin a été sélectionné (par tirage au sort)
 - Dire que cette étude a été conçue par des généralistes qui connaissent les contraintes que la recherche clinique peut causer, et qui les ont minimisées au maximum
 - Parler de l'accompagnement possible à tout moment par l'investigateur qui sera son référent pour la durée de l'étude
 - Temps nécessaire : 5 minutes maximum en fin de consultation de soins usuels, pour 20 patients porteurs d'une maladie chronique (soit environ 2 jours de consultation), plus la réunion de mise en place effectuée par l'investigateur au cabinet du médecin (environ 15 minutes)
- Si l'entretien n'est pas possible immédiatement : proposer d'envoyer un courrier type par mail ou adresse postale
 - En l'absence de réponse : renvoyer un mail tous les 3 jours, pour un total de 3 mails
 - En l'absence de réponse au courrier postal : rappeler au cabinet au bout d'1 semaine
 - Une absence de réponse est ensuite considérée comme un refus.
- En l'absence de réponse de part du médecin ou du secrétariat : relance téléphonique tous les 3 jours pendant 15 jours avant de le considérer comme un refus.
- En cas d'acceptation : convenir d'un rendez-vous pour entretien individuel à la convenance du médecin, à son cabinet, afin de donner des explications complémentaires, de répondre aux questions, et éventuellement d'inclure le médecin en lui faisant signer le consentement écrit.

Annexe 2 - Guide de recrutement du médecin généraliste : appel téléphonique

Annexe 2

GUIDE DE RECRUTEMENT DU MEDECIN GENERALISTE : APPEL TELEPHONIQUE

- Appel plutôt à la mi-journée pour éviter de perturber une consultation
- Au près du secrétariat : solliciter un entretien téléphonique rapide (maximum 5 minutes) afin de présenter le projet de recherche.
- Au près du médecin :
 - Présenter le projet comme une étude ambitieuse pour laquelle l'aide de CE médecin est nécessaire
 - Thématique de l'étude (résumée) : étudier les relations entre empathie du soignant (médecin ou pharmacien), observance thérapeutique, état de santé du patient, maîtrise de stage pour internes et tenue du médecin.
 - Insister sur le fait que ce médecin a été sélectionné (par tirage au sort)
 - Dire que cette étude a été conçue par des généralistes qui connaissent les contraintes que la recherche clinique peut causer, et qui les ont minimisées au maximum
 - Parler de l'accompagnement possible à tout moment par l'investigateur qui sera son référent pour la durée de l'étude
 - Temps nécessaire : 5 minutes maximum en fin de consultation de soins usuels, pour 20 patients porteurs d'une maladie chronique (soit environ 2 jours de consultation), plus la réunion de mise en place effectuée par l'investigateur au cabinet du médecin (environ 15 minutes)
- Convenir d'un rendez-vous pour entretien individuel à la convenance du médecin, à son cabinet, afin de donner des explications complémentaires, de répondre aux questions, et éventuellement d'inclure le médecin en lui faisant signer le consentement écrit.

Annexe 3 - Guide du recrutement du médecin généraliste (courrier)

Date
Lieu

Objet : Participation à un projet de Recherche

Cher Docteur,

Vous avez été sélectionné parmi tous les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais pour participer à un projet de recherche d'envergure sur l'impact de l'empathie des soignants sur leurs patients. C'est une étude ambitieuse conçue par des médecins généralistes où les contraintes de votre métier ont été prises en compte pour que le recueil de données soit le plus simple possible.

L'analyse de cette étude sera utilisée pour réaliser la thèse d'exercice de 6 étudiants en médecine et pharmacie et permettra dans le futur d'améliorer la formation des soignants sur l'empathie et la relation patient-soignant.

L'étude E.M.P.A.T.H.I.E.S permet d'analyser principalement la relation entre empathie du soignant (médecin et pharmacien) et observance thérapeutique, qualité de vie du patient et secondairement d'étudier les relations entre maîtrise de stage pour internes, la tenue vestimentaire du soignant et l'empathie.

Comme dit initialement, cette étude a été conçue pour minimiser au maximum les contraintes que la recherche clinique peut causer et ne pas vous prendre trop de temps. Concrètement, si vous acceptez nous convenons d'un premier rendez-vous d'une durée de 15 minutes pour expliquer plus en détails, répondre à un questionnaire vous concernant puis mise en place du matériel. Puis vous devrez recruter de manière consécutive des patients ayant une maladie chronique. Cela vous prendra moins de 5 minutes en fin de consultation pour expliquer l'étude, remplir une feuille du questionnaire concernant le patient et le patient remplira son questionnaire en salle d'attente et le déposera dans une urne scellée.

Nous avons estimé que vous aurez en moyenne besoin de 2- 3 jours de consultation pour faire le recrutement puis une fois fini vous me recontacterez pour que je vienne reprendre l'urne scellée.

Je vous laisse le temps de réfléchir à cette étude, en espérant une réponse positive de votre part, car sans elle nous ne pourrions pas mener à bien cette étude d'envergure. Je me permettrai de vous rappeler dans quelques jours pour connaître votre réponse ou si vous le souhaitez, vous pourrez me répondre par e-mail. Je reste à votre disposition si vous avez des questions ou pour plus d'informations complémentaires.

Je vous prie d'agréer, cher docteur, l'expression de mes respectueuses et sincères salutations.

Investigateur étude E.M.P.A.T.H.I.E.S



Annexe 4 - Guide de recrutement du médecin généraliste : entretien individuel présentiel

Annexe 3

GUIDE DE RECRUTEMENT DU MEDECIN GENERALISTE : ENTRETIEN INDIVIDUEL PRESENTIEL RENDEZ-VOUS DE MISE EN PLACE

- (Parler au futur même si le MG n'a pas encore signé)
- Se présenter à nouveau : insister sur le fait que l'on sera le référent pour toutes les questions ultérieures en lien avec l'étude.
- Rappeler que cette étude a été conçue par des médecins généralistes et que les contraintes du métier ont été prises en compte pour que le recueil de données soit le plus simple possible.
- Présentation de l'étude :
 - De façon succincte et à l'aide du protocole, présenter le rationnel, les objectifs et la méthode utilisée
 - Insister sur l'aspect pratique des choses :
 - 15 minutes pour ce rendez-vous de mise en place
 - 5 minutes maxi à l'issue de chaque consultation de patient à recruter. Ce temps comprend :
 - Présentation de l'étude au patient et recueil de son consentement oral
 - Remplissage de la partie médecin du questionnaire
 - 20 patients seulement à recruter, avec des critères d'inclusion très larges. Ceci correspond à environ 2 journées de recrutement seulement.
 - Présenter le matériel :
 - Urne scellée
 - Questionnaire concernant le patient (et montrer notamment la partie à remplir par le médecin)
 - Questionnaire concernant le médecin
 - Présenter les modalités pratiques de recrutement du patient (cf « Guide de recrutement du patient par le médecin généraliste »). Bien insister sur cette partie, en rappelant notamment les critères d'inclusion et d'exclusion.
 - Rappeler que les patients doivent être **inclus de façon consécutive**
- Recueillir les questions du médecin et y répondre.
- Faire signer le consentement écrit en deux exemplaires ; en garder un, et fournir l'autre au médecin généraliste.
 - Lui rappeler qu'il ne pourra pas avoir accès aux données spécifiques de sa patientèle mais qu'il pourra accéder aux résultats de l'ensemble de l'étude une fois terminée
- Remplir le questionnaire médecin avec le médecin généraliste et le récupérer
- Disposer l'urne scellée en salle d'attente
- L'investigateur donne ses coordonnées (téléphone, mail) au médecin afin qu'il puisse le joindre :
 - S'il a des questions ou des problèmes
 - Une fois les 20 questionnaires remis dans l'urne afin que l'investigateur vienne la relever

Annexe 5 - Consentement du médecin généraliste



EMPATHIE DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS, ADHERENCE THERAPEUTIQUE ET INDICATEURS D'ETAT DE SANTE (E.M.P.A.TH.I.E.S)

Nom de naissance : Nom d'usage:

Prénom : Age :

Adresse d'exercice :

.....

Tél. :

Il m'a été proposé de participer à une étude évaluant l'impact de l'empathie des médecins généralistes et des pharmaciens sur l'état de santé de leurs patients, leur qualité de vie et leur observance aux traitements.

En acceptant de participer à cette étude, je devrai recruter des patients correspondant aux critères d'inclusion, leur présenter l'étude et ses objectifs, et leur proposer en fin de consultation, après avoir recueilli leur consentement oral, de répondre à un questionnaire dans la salle d'attente, qu'ils déposeront ensuite dans une urne scellée. Ce questionnaire, anonyme, comportera plusieurs parties :

1. Informations sur l'étude
2. Caractéristiques du patient : pathologie·s chronique·s, traitement·s, profil socio-démographique
3. Gestion des émotions
4. Profil de santé
5. Observance thérapeutique
6. Empathie du pharmacien d'officine
7. Empathie du médecin traitant
8. Impact de la tenue vestimentaire en médecine générale

De plus, je suis informé·e du fait que des informations concernant ma pratique, ma tenue vestimentaire, et l'environnement de mon lieu d'exercice me seront demandées ou recueillies par les investigateurs, via un questionnaire que je peux consulter ce jour.

L'investigateur m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

1. Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.
2. Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée, **mais non spécifiquement pour ma patientèle**, en envoyant un mail à : claire.pincon@univ-lille.fr
3. Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Annexe 6 - Questionnaire médecin généraliste

ENQUETE SUR L'EMPATHIE DES MEDECINS GENERALISTES ET DES PHARMACIENS D'OFFICINE

Partie à remplir lors de la rencontre avec le médecin généraliste :

NOM et Prénom du médecin :

MSU Non MSU

Age du médecin : ans

Année de fin d'études :

Année d'installation :

Participation à des groupes de pairs, groupe Balint : oui non

Formation(s) complémentaire(s) :
.....
.....
.....
.....

Lieu d'exercice :

EDI :

Zone dite « en difficulté »

Zone dite « fragile »

Type d'activité :

Libéral

Salarié

Mixte

Zone d'exercice :

rural

urbain

Type de cabinet :

Cabinet seul

Cabinet de groupe

Maison de santé pluri-professionnelle

Autre :

Nombre de consultations par an (dans le RIAP) : consultations

Temps prévu de consultation par patient en moyenne : min

Tenue vestimentaire du médecin observée :

Blouse

Formel

Semi-formel

Casual

Autre(s) :

tatouage

Piercing/écarteur d'oreille

lunettes

Moustaches / barbe

Annexe 7 - Guide de recrutement patient

Annexe 4

GUIDE DE RECRUTEMENT DU PATIENT PAR LE MEDECIN GENERALISTE

1. Vérifier que le patient réponde bien aux critères d'inclusion (et d'exclusion)
 - Critères d'inclusion :
 - Âge ≥ 18 ans**
 - Patient affilié à un régime de sécurité sociale
 - Pathologie chronique** dont le diagnostic a été posé depuis au moins **6 mois** et nécessitant la prise régulière d'un **traitement**
 - Être un patient ayant déclaré un médecin généraliste participant à l'étude comme « **médecin traitant** ».
 - Les critères d'exclusion sont :
 - Incapacité à remplir le questionnaire seul (trouble cognitif ou émotionnel jugé trop important par le médecin traitant pour la participation à l'étude dans des conditions optimales, handicap...)
 - Patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique.
2. Les patients doivent être recrutés de façon consécutive : tous les patients éligibles doivent se voir proposer l'étude.
3. Proposer l'étude au patient selon ces termes :
 - Je vous propose de participer à une étude scientifique qui s'intéresse à votre ressenti concernant votre santé et votre relationnel avec les professionnels de santé.
 - Elle cherche à améliorer la prise en charge des patients par une meilleure compréhension des facteurs influençant la gestion de votre(vos) maladie(s) (traitement, relationnel avec vos soignants, tenue vestimentaire, etc...).
 - Il s'agit de répondre à un questionnaire (cases à cocher) juste après cette consultation. Sa durée est d'environ 15 minutes.
 - Les réponses que vous donnerez sont confidentielles et je ne pourrai pas y accéder.
 - Vous êtes libre ou non de participer et d'arrêter à tout moment de remplir le questionnaire. Cela n'aura pas de conséquence sur nos futures consultations.
 - Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est votre ressenti et votre opinion qui importent.
 - Si vous êtes d'accord, nous remplirons ensemble la partie concernant votre(vos) maladie(s). Puis je vous donnerai le questionnaire et vous remplirez la partie restante dans la salle d'attente.
 - Il vous suffira de glisser votre questionnaire une fois rempli dans l'urne dédiée.
 - Les urnes scellées seront relevées par les chercheurs. Je n'y aurai pas accès.
4. Lui demander s'il a des questions autour de cette étude et y répondre.
5. Recueillir son consentement oral.
6. Prendre un questionnaire et remplir la dernière page (page 7) appelée « Partie à remplir par le professionnel de santé » avec les informations concernant le patient.
7. Remettre le questionnaire au patient avec la feuille d'information de l'étude. Lui montrer la partie qu'il aura à remplir. Lui fournir un stylo et lui indiquer où se situe l'urne dans laquelle il devra remettre le questionnaire une fois complété.
8. Remercier encore une fois le patient et insister sur l'intérêt à ce qu'il réponde à TOUTES les questions, afin que l'étude puisse être de la meilleure qualité possible.
9. Dans tous les cas, consigner sur la feuille de compte si le patient a accepté ou refusé (comptes non nominatifs, un trait dans la colonne concernée suffit). Une fois que 20 patients ont accepté, vous pouvez arrêter de proposer les questionnaires aux patients.

**FEUILLE DE COMPTE POUR LE MEDECIN GENERALISTE
ETUDE EMPATHIES**

NB : le décompte ne doit pas être nominatif. Une coche ou une croix suffit pour indiquer un patient.

Patients ayant refusé de participer à l'étude	Patients ayant accepté de participer à l'étude

Annexe 8 - Questionnaire Patient

EMPATHIE DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS, ADHERENCE THERAPEUTIQUE ET INDICATEURS D'ETAT DE SANTE (EMPATHIES)

Nous vous remercions de votre participation. Le questionnaire est à déposer dans l'urne scellée de la salle d'attente. Votre médecin ne pourra accéder à vos réponses.

Il est important de répondre à toutes les questions, sinon la qualité de votre participation et celle des autres patients seront fortement diminuées.

1. QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE RECHERCHE ?

Cette recherche a pour objectif d'évaluer l'impact de l'empathie de votre pharmacien et de votre médecin traitant sur votre état de santé, ainsi que sur l'observance aux traitements.

2. COMMENT VA SE DEROUULER CETTE ETUDE ?

Des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais incluent des patients atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

Tous les participants rempliront un questionnaire, à l'issue de leur consultation avec leur médecin généraliste. Il n'y aura qu'un seul questionnaire à remplir, et à remettre dans l'urne scellée mise à votre disposition dans la salle d'attente.

En aucun cas le médecin n'aura accès à vos réponses.

3. QUELS SONT LES BENEFICES ATTENDUS ?

Cette recherche permettra d'améliorer la formation initiale des étudiants en pharmacie et en médecine, en y intégrant d'avantage de formation sur l'écoute du patient.

4. QUELS SONT VOS DROITS ?

Votre médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez.

5. REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

Attention, ce questionnaire est imprimé de façon recto-verso.

Merci de répondre spontanément aux questions. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, cochez ou entourez la réponse correspondant le mieux à ce que vous pensez ou ressentez. La durée de remplissage est estimée à environ 15 minutes.

Nous vous remercions pour votre attention et pour votre participation.

Partie à remplir par le patient

VOTRE PROFIL

Votre âge ans

Votre genre :

Féminin Masculin Autre

Habitez-vous seul-e :

Oui Non

Votre niveau de diplôme :

Aucun diplôme Brevet des collèges Certificat d'étude
 BEP/CAP Baccalauréat Licence
 Master Doctorat Autre (préciser) :

Votre situation professionnelle :

En activité Étudiant-e Sans emploi Retraité-e

Votre gestion des émotions :

Merci de répondre spontanément à **chacune des questions suivantes** en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y ni bonnes, ni mauvaises réponses, nous sommes tous différents à ce niveau.

En général	Pas du tout	Plutôt pas	Moyennement	Plutôt	Tout à fait
Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens	1	2	3	4	5
Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché-e	1	2	3	4	5
J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens	1	2	3	4	5
Quand je suis triste, il m'est facile de me remettre de bonne humeur	1	2	3	4	5
Lorsque je suis confronté-e à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme	1	2	3	4	5

Consommez-vous régulièrement :

Alcool (y compris bière et vin) Tabac Cannabis Autre-s (préciser)

.....

PRISE DES TRAITEMENTS

Voici une série de questions sur votre prise de traitement. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Ce matin, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Qui récupère vos traitements en pharmacie ?

- Vous-même Aidant familial Infirmier-e / Autre aidant
 (seul-e ou accompagné-e)

Comment gérez-vous vos traitements à domicile (pour leurs préparations ou leurs prises) ?

- Vous-même Aidant familial Infirmier-e / Autre aidant

Sur les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté votre **médecin généraliste** (et non un interne) ?

- 1 fois 2 ou 3 fois 4 à 6 fois 7 à 12 fois Plus de 12 fois

Sur les 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé à la **pharmacie** ?

- 1 fois 2 ou 3 fois 4 à 6 fois 7 à 12 fois Plus de 12 fois

3

VOTRE PROFIL DE SANTE : DUKE HEALTH PROFILE

Voici une série de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. **Pour chacune de ces questions, cochez la réponse qui vous convient le mieux.** Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

		OUI, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	NON ce n'est pas mon cas
1	Je me trouve bien comme je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Au fond, je suis bien portant·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je me décourage trop facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je suis content·e de ma vie de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je suis à l'aise avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8	Vous auriez du mal à monter un étage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Vous avez été triste ou déprimé·e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Vous avez été tendu·e ou nerveux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
15	Vous avez rencontré des parents ou des ami·e·s (conversation, visite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Vous avez eu des activités de groupes (réunion, activités religieuses, association, etc.) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	1 – 4 jours	5 – 7 jours
17	Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright 1989-2017 by the Department of
Community and Family Medicine, Duke
University Medical Center, Durham, N.C.,
U.S.A.

Adaptation française - SIMES - CHU Nancy 1995

LA COMMUNICATION AVEC VOTRE PHARMACIEN

Merci d'évaluer à présent les phrases suivantes à la lumière des échanges que vous avez habituellement avec **votre pharmacien-ne d'officine** (ou un membre de son équipe), en entourant la réponse qui convient (**chiffre ou "ne s'applique pas"**).

Comment était votre **pharmacien-ne** pour ce qui est de :

	Mauvais	Passable	Bon	Très bon	Excellent	
Vous faire sentir à l'aise (<i>être amical-e et chaleureux-se avec vous, vous traiter avec respect, ne pas être froid-e ou brusque</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous laisser raconter votre "histoire" (<i>vous donner du temps pour décrire entièrement votre problème avec vos propres mots, ne pas vous interrompre ou ne pas vous distraire</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vraiment vous écouter (<i>être attentif(ive) à ce que vous dites ne pas être distrait-e pendant que vous parlez</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Être intéressé-e par vous comme une personne entière (<i>demander ou savoir des détails pertinents au sujet de votre vie ou de votre situation, ne pas vous traiter comme un numéro</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Comprendre complètement vos préoccupations (<i>communiquer ce qu'il ou elle a compris de vos préoccupations, ne pas en mésestimer ou en diminuer l'importance</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous démontrer de l'attention et de la compassion (<i>sembler véritablement préoccupé-e par votre situation, être en lien avec vous sur le plan humain, ne pas être indifférent-e ou détaché-e</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Etre positif(ive) (<i>avoir une approche et une attitude positives, être honnête mais pas négatif(ive) concernant votre problème</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Expliquer les choses clairement (<i>répondre pleinement à vos questions, vous donner des renseignements adéquats, ne pas être vague</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous aider à prendre le contrôle (<i>explorer avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé, vous encourager plutôt que de vous faire la leçon</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Faire un plan d'action avec vous (<i>discuter avec vous des possibilités, vous permettre de vous impliquer dans les décisions autant que vous le désirez</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Avez-vous déjà participé à un ou plusieurs entretiens pharmaceutiques (Asthme ou anticoagulants) avec votre pharmacien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas					

LA COMMUNICATION AVEC VOTRE MEDECIN

Merci d'évaluer à présent les phrases suivantes à la lumière des échanges que vous avez eus avec **votre médecin généraliste** (celui qui vous suit habituellement et vous a fait part de cette étude), en entourant la réponse qui convient (**chiffre ou "ne s'applique pas"**). Comme toutes les autres, ces données ne seront pas consultées par votre soignant.

Comment était votre **médecin généraliste** pour ce qui est de :

	Mauvais	Passable	Bon	Très bon	Excellent	
Vous faire sentir à l'aise (<i>être amical-e et chaleureux-se avec vous, vous traiter avec respect, ne pas être froid-e ou brusque</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous laisser raconter votre "histoire" (<i>vous donner du temps pour décrire entièrement votre problème avec vos propres mots, ne pas vous interrompre ou ne pas vous distraire</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vraiment vous écouter (<i>être attentif(ive) à ce que vous dites ne pas être distrait(e) pendant que vous parlez</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Être intéressé-e par vous comme une personne entière (<i>demander ou savoir des détails pertinents au sujet de votre vie ou de votre situation, ne pas vous traiter comme un numéro</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Comprendre complètement vos préoccupations (<i>communiquer ce qu'il ou elle a compris de vos préoccupations, ne pas en mésestimer ou en diminuer l'importance</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous démontrer de l'attention et de la compassion (<i>sembler véritablement préoccupé-e par votre situation, être en lien avec vous sur le plan humain, ne pas être indifférent-e ou détaché-e</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Etre positif(ive) (<i>avoir une approche et une attitude positives, être honnête mais pas négatif(ive) concernant votre problème</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Expliquer les choses clairement (<i>répondre pleinement à vos questions, vous donner des renseignements adéquats, ne pas être vague</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Vous aider à prendre le contrôle (<i>explorer avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé, vous encourager plutôt que de vous faire la leçon</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Faire un plan d'action avec vous (<i>discuter avec vous des possibilités, vous permettre de vous impliquer dans les décisions autant que vous le désirez</i>)	1	2	3	4	5	Ne s'applique pas
Combien de temps a duré votre dernière consultation avec votre médecin généraliste ? (merci d'indiquer un chiffre)	Temps de la dernière consultation :					
 minutes					

IMPACT DE LA TENUE VESTIMENTAIRE EN MEDECINE GENERALE

1. Je pense que la tenue vestimentaire d'un médecin généraliste compte dans le cadre d'une consultation :

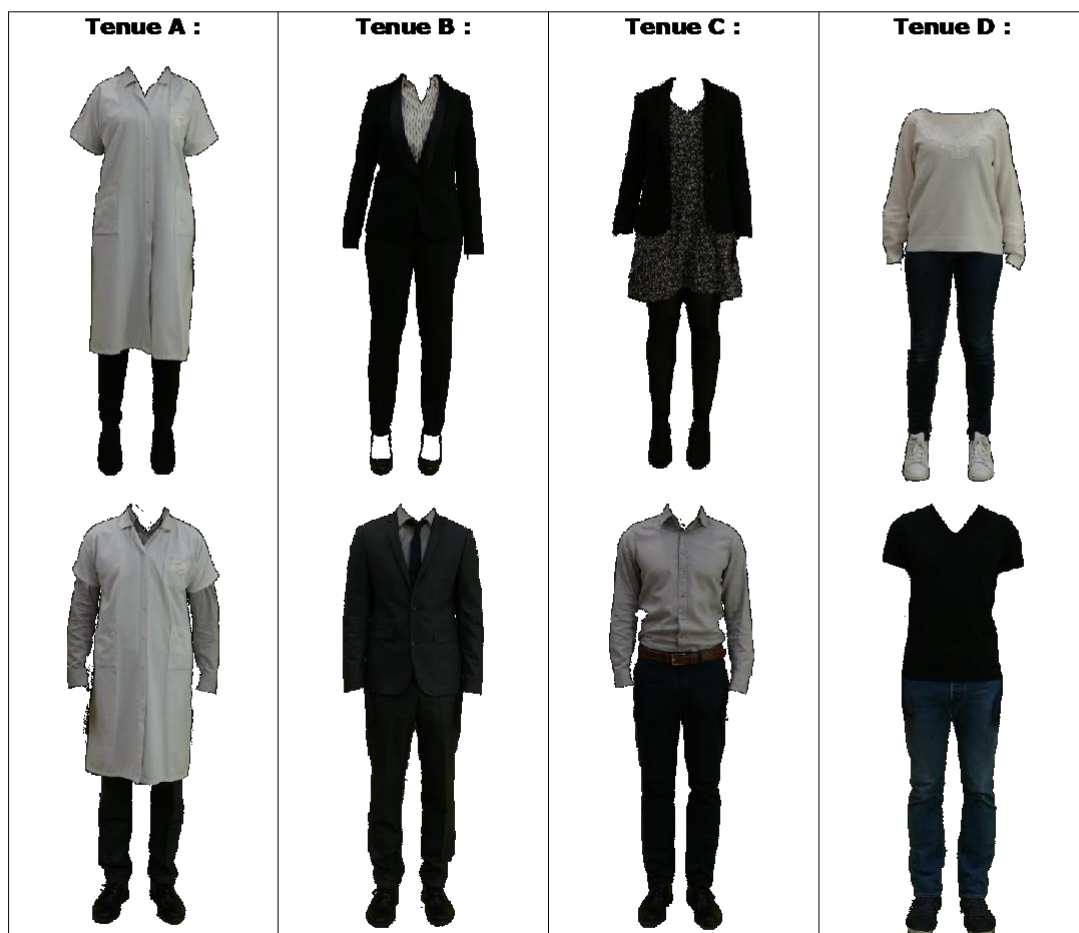
- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

2. Je pense que je me sentirais plus écouté-e et compris-e par un-e médecin portant la tenue :

- Tenue A
 Tenue B
 Tenue C
 Tenue D

3. Je pense que je suivrais davantage un traitement prescrit par un-e médecin portant la tenue :

- Tenue A
 Tenue B
 Tenue C
 Tenue D



MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

ENQUETE SUR L'EMPATHIE DES MEDECINS GENERALISTES ET DES PHARMACIENS D'OFFICINE

Partie à remplir par le **professionnel de santé**

Vos nom et prénom :

De combien de **pathologies chroniques** votre patient est-il atteint ?

Indiquez de quel(s) appareil(s) elle(s) relève(nt) :

1. Cardiaque (cœur uniquement) <input type="checkbox"/>	2. Hypertension artérielle (score basé sur la sévérité ; les lésions organiques sont cotées séparément) <input type="checkbox"/>
3. Vasculo-hématopoïétique (sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions) <input type="checkbox"/>	4. Appareil respiratoire (poumons, bronches, trachée sous le larynx) <input type="checkbox"/>
5. Ophtalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx) <input type="checkbox"/>	6. Appareil gastro-intestinal supérieur (œsophage, estomac et duodénum ; pancréas ; hors diabète) <input type="checkbox"/>
7. Appareil gastro-intestinal inférieur (intestins, hernies) <input type="checkbox"/>	8. Hépatique (foie et voies biliaires) <input type="checkbox"/>
9. Rénal (uniquement les reins) <input type="checkbox"/>	10. Appareil génito-urinaire (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital) <input type="checkbox"/>
11. Téguments musculo-squelettiques (muscles, os, peau) <input type="checkbox"/>	12. Nerveux central et périphérique (cerveau, moelle épinière, nerfs ; hors démence) <input type="checkbox"/>
13. Endocrino-métabolique (y compris diabète, thyroïde, seins, infections systémiques, intoxications) <input type="checkbox"/>	14. Troubles psychiatriques/comportementaux (y compris démence, dépression, anxiété, agitation/délire) <input type="checkbox"/>

Quelle est la pathologie prédominante :

.....
.....

Indiquez la date de début de la pathologie chronique la plus ancienne :

Nombre de traitements pris au long cours par le patient :

Le motif principal de cette consultation était-il lié aux pathologies chroniques de votre patient ?

Oui Non

AUTEUR : Nom : SEBBAH

Prénom : Alissa

Date de Soutenance : 22 Octobre 2020

Titre de la Thèse : Association entre empathie perçue des médecins généralistes et qualité de vie liée à la santé des patients ayant une maladie chronique

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : empathie, médecin généraliste, qualité de vie, maladie chronique

RESUME

Contexte : Un des piliers de la relation patient-médecin est l'empathie du soignant. L'impact positif de l'empathie des soignants sur le patient a été démontré dans certaines maladies. Un haut niveau d'empathie est lié à une diminution de l'anxiété ou des complications liées au diabète. Il a été démontré que les maladies chroniques pouvaient diminuer la qualité de vie des patients. Il n'a pas encore été démontré d'association entre l'empathie des médecins généralistes et la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique. L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence un lien entre l'empathie des médecins généralistes et la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique.

Méthode : C'est une étude observationnelle transversale multicentrique. Le recrutement des médecins généralistes a été fait par tirage au sort. Chaque médecin généraliste devait inclure les patients répondant aux critères d'inclusion de manière consécutive sur une période définie. Le patient devait remplir un questionnaire anonyme évaluant l'empathie de son médecin généraliste traitant selon le score CARE et la qualité de vie selon le Profil de DUKE. L'analyse statistique a été effectuée selon un modèle de régression linéaire mixte avec ajustement sur des variables d'intérêt.

Résultats : Notre étude n'a pas mis en évidence de lien entre l'empathie des médecins généralistes et le score DUKE santé générale (pente à 0,07 (IC95% [-0.12 ; 0.26]), p=0,49). Concernant l'objectif secondaire, notre étude a mis en évidence un lien entre le score CARE pharmacien et le score DUKE santé générale (pente à 0,17 (IC95% [0.00 ; 0.34]), p<0,05).

Conclusion : Même s'il n'a pas été mis en évidence de lien entre l'empathie des médecins généralistes et la qualité de vie liée à la santé des patients ayant une maladie chronique, la formation à l'empathie des médecins généralistes et des étudiants reste nécessaire pour la relation patient-médecin.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Axel DESCAMPS